МАСТЕРА ПСИХОЛОГИИ

Под редакцией
А. А. Александрова

ПСИХОДИАГНОСТИКА И ПСИХОКОРРЕКЦИЯ



МАСТЕРА
ПСИХОЛОГИИ

ПСИХОДИАГНОСТИКА И ПСИХОКОРРЕКЦИЯ

Под редакцией профессора А. А. Александрова



Москва · Санкт-Петербург · Нижний Новгород · Воронеж
Ростов-на-Дону · Екатеринбург · Самара · Новосибирск
Киев · Харьков · Минск
2008

ББК 88.48
УДК 616.851
А46

Рецензент:

Б. Д. Карвасарский, доктор медицинских наук, профессор, руководитель Федерального научно-методического центра психотерапии и медицинской психологии Минздравсоцразвития, руководитель отделения неврозов и психотерапии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, заслуженный деятель науки РФ.

А46 Психодиагностика и психокоррекция / Под ред. А. А. Александрова. — СПб.: Питер, 2008. — 384 с.: ил. — (Серия «Мастера психологии»).

ISBN 978-5-91180-890-7

Исчерпывающая по информативности и охвату тем, эта книга посвящена ключевым вопросам клинической психологии. Издание является результатом усилий коллектива видных российских специалистов во главе с профессором А. А. Александровым и предназначено для клинических психологов, психотерапевтов, психиатров, врачей общей практики и студентов старших курсов вузовских факультетов медицинского и психологического профилей.

ББК 88.48
УДК 616.851

ISBN 978-5-91180-890-7

Оглавление

Предисловие

Предлагаемая читателям книга создана творческим коллективом кафедры медицинской психологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования. Книга выходит под редакцией профессора А. А. Александрова и содержит материалы по актуальным проблемам теоретической и практической клинической психологии. Она написана высокопрофессиональными специалистами в области медицинской психологии и психотерапии (докторами и кандидатами наук) и обобщает не только последние достижения психологической науки, но и их собственный вклад в разработку актуальных проблем. Значительная часть материалов публикуется впервые, что, хотелось бы надеяться, привлечет внимание специалистов; другая часть — недостаточно освещена в литературе и в силу своей актуальности также представит интерес для читателей.

Мы стремились максимально конкретизировать материал, поэтому даже теоретические вопросы рассматриваются в их практическом преломлении. По существу — это учебное пособие, предназначенное для медицинских (клинических) психологов, психиатров, психотерапевтов, врачей общей практики. Тематика его столь разнообразна и актуальна, что, возможно, ею заинтересуются и другие специалисты.

Памятуя о том, что центральной в медицинской психологии является проблема личности, мы открываем книгу главой 1 «Основные подходы к личности в их практическом применении», написанной заведующим кафедрой профессором А. А. Александровым. Концепции личности рассматриваются в рамках трех основных подходов, принятых в западной психотерапии и психологии (психодинамического, когнитивно-поведенческого и экзистенциально-гуманистического), в аспекте разработки единого, интегративного подхода к решению задач психотерапии и психокоррекции на основе отечественной личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии.

В главе 2, также написанной профессором А. А. Александровым, прослеживается эволюция психоанализа от ортодоксального фрейдизма до патогенетической психотерапии В. Н. Мясищева, обсуждается вопрос о том, является ли наша отечественная психотерапия «разновидностью психоанализа». Автор надеется на «благодарного читателя», которому, быть может, прочтение этой главы поможет избежать ошибки при выборе психотерапевтической ориентации.

Глава 3 — дань академической психологии — написана доцентом кафедры О. Ю. Щелковой и посвящена применению методологии системного подхода в медицинской (клинической) психологии. В первом разделе рассматрива-

ется ряд современных общемедицинских концепций, отвечающих принципу системности и имеющих значительную психологическую составляющую. Это такие интенсивно развивающиеся концепции, как концепция реабилитации психически больных, концепция функционального диагноза в психиатрии, концепция личности как системы отношений и связанная с ней патогенетическая концепция неврозов и психотерапии, концепция качества жизни, концепция психической адаптации и дезадаптации.

Во втором разделе с позиций системного подхода рассматривается одно из основных направлений профессиональной деятельности медицинских психологов — психологическая диагностика в клинике. Анализируются структура и функции системы медицинской психодиагностики, разбирается понятие психологического диагноза. Показана связь психологической диагностики с диагностикой, осуществляемой врачом-клиницистом, а также с другими компонентами лечебно-реабилитационного процесса.

В главе 4 «Современные теории интеллекта и практика», написанной доцентом кафедры Т. В. Чередниковой, предлагается обзор последних достижений факторно-аналитических исследований интеллекта за рубежом с наиболее полной систематикой интеллектуальных способностей в рамках теории CHC (Кэттелла—Хорна—Кэрролла). В этой систематике в строгой, статистически и экспериментально обоснованной иерархии представлен комплекс наиболее общих и частных способностей интеллекта. Благодаря такой номенклатуре когнитивных способностей и определению методов их адекватного измерения самые разные исследователи и практики могут теперь свободно ориентироваться в подборе соответствующих тестовых испытаний в соответствии с целями исследования и оценки интеллектуальных способностей или их дефицита. CHC-систематика обеспечивает также всех специалистов единым словарем терминов и системой интерпретации различных измерений когнитивных функций.

В главе рассматриваются также актуальные проблемы теории интеллекта. Обсуждается роль нового, кросс-батарейного, подхода и CHC-теории в создании новых тестовых батарей измерения интеллекта за рубежом. Оценивается место статистических методов факторного анализа и структурного моделирования в организации систематического генерирования и проверки гипотез в области теории интеллектуальных способностей. В конце главы рассматривается проблема существования и определения природы общего интеллектуального фактора с позиций информационной теории психики Л. М. Веккера, представителя петербургской школы психологии.

Научная работа ассистента кафедры И. В. Овечкиной, отраженная в главе 5 «Конструктивные особенности формализованных психологических тестов: критерии конструирования и выбора тестов в психодиагностической практике», открывает новые аспекты и подходы к изучению «старой» проблемы оценки эффективности тестового метода. Теоретические посылки

подкрепляются данными практических наблюдений, оригинально выполненными экспериментами и широким арсеналом методов прикладной статистики, включая аппарат имитационного моделирования, что в совокупности определяет доказательную базу выводов автора о ранее мало исследованных свойствах тестов аддитивного типа. Работа представляет несомненный интерес как для разработчиков тестов и специалистов в области методологии психодиагностики, так и для практикующих психологов, использующих тесты в своей практической деятельности.

Одной из актуальных проблем медицинской психологии является проблема психосоматических расстройств, которые по праву называются «болезнями цивилизации», поскольку получили широкое распространение в течение последнего столетия.

Среди них ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, сахарный диабет, язвенная болезнь, ревматоидный артрит и многие другие широко распространенные заболевания, связанные с окружающей человека средой, его личностными особенностями, образом жизни, положением в социуме. Многие исследователи пришли к убеждению, что любое соматическое расстройство есть нарушение психосоматическое, так как психический фактор, прежде всего эмоциональные реакции, через изменения нейрогуморальной регуляции влияют на все физиологические процессы в организме. Поэтому подчеркивается, что анализировать заболевания человека можно, лишь учитывая структуру его личности, сферу ее наиболее значимых отношений и конфликтов, механизмов психологической защиты и совладающего поведения и другие психологические характеристики. Это согласуется с идеей, предложенной классиками психосоматики Е. Вайссом (E. Weiss) и О. Инглишем (O. English), о том, что «психосоматика — это подход, который не столько умаляет значение телесного, сколько уделяет больше внимания душевному». Исследования в области психосоматической медицины — одно из основных направлений научной деятельности кафедры.

В главе 6 «Психологические факторы развития психосоматических заболеваний», написанной профессором В. А. Винокуром, обобщены последние достижения зарубежной и отечественной медицины и психологии, в том числе результаты собственных исследований.

В последние годы заметное внимание исследователей привлекает так называемый «синдром эмоционального выгорания», возникающий на почве профессионального стресса. Сама по себе профессиональная деятельность врачей и медицинских сестер (так же, как и представителей других коммуникативно «напряженных» профессий — педагогов, психологов, социальных работников и др.) нередко способствует развитию у них различных нервно-психических и (во многих случаях) связанных с ними соматических расстройств. Для большинства профессиональных групп медицинских работников хроническое и достаточно интенсивное эмоциональное напряже-

ние является одним из основных факторов производственной среды, неблагоприятно влияющих на их здоровье. Сегодня уже ясно, что позиция «Если ты не переносишь жару, тебе не место на кухне» не позволяет сосредоточить внимание на том, что происходит на самой «кухне» и насколько это вредит тем, кто на ней работает. Чем раньше и чем больше узнают медицинские работники о том, как возникает и чем характеризуется синдром профессионального «выгорания», тем больше у них возможностей предотвратить развитие этого состояния или хотя бы снизить его выраженность.

Данная проблема подробно рассматривается в главе 7 «Синдром профессионального выгорания у медицинских работников: психологические характеристики и методические аспекты диагностики», основу которой составляют материалы диссертационной работы О. В. Рыбиной, выполненной под руководством профессора В. А. Винокура, а также обширный литературный материал.

Все громче заявляет о себе проблема избыточного веса в связи с высокой распространенностью, серьезными последствиями для соматического здоровья населения и снижением продолжительности жизни. Об актуальности проблемы убедительно свидетельствуют статистические данные: в экономически развитых странах в возрасте старше 40 лет ожирение различной степени тяжести выявляется у 40–60% населения. Подавляющее большинство всех случаев избыточного веса относится к алиментарно-конституциональной форме, при которой особая роль в нарушении функций отводится стрессовым факторам. Современные представления о проблеме избыточного веса, о роли личности в нарушении пищевого поведения, а также рекомендации по психологической коррекции переедания читатель найдет в главе 8 «Психосоциальные факторы развития и коррекции избыточного веса», написанной доцентом кафедры Л. С. Сергеевой.

Пожалуй, одной из наиболее актуальных проблем современной жизни становится проблема патологических зависимостей. Новое время значительно расширило арсенал объектов болезненного пристрастия: наряду с традиционной зависимостью от алкоголя и наркотиков отмечается все больше случаев игровой, компьютерной и прочих зависимостей. Существенную роль в оздоровлении зависимых личностей призвана сыграть духовно ориентированная психотерапия. Профессором кафедры Г. И. Григорьевым создан эффективный метод психотерапии и психокоррекции в форме целебного зарока на основе интеграции стрессопсихотерапии А. Р. Довженко и православной психотерапии. Именно в этой сфере — а в народном сознании болезненное пристрастие ассоциируется с грехопадением, с подчинением темным силам — сотрудничество наркологов, психотерапевтов и медицинских психологов с православной церковью, по нашему мнению, может оказаться наиболее плодотворным. Данная проблема подробно рассматривается

в главе 9 «Психотерапия и психокоррекция патологических зависимостей, духовно ориентированная на православной основе».

Другая важная проблема, в основе которой лежит зависимость иного рода, не менее разрушительная для личности по своим последствиям, связана с деятельностью культовых религиозных организаций, с деструктивной деятельностью «ловцов душ», спекулирующих на человеческих слабостях.

Проблема деструктивных культов представляет существенный интерес для психологов, психотерапевтов и психиатров по двум причинам. Во-первых, в связи с обращениями родственников и близких членов культовых организаций в психологические службы с просьбами о спасении своих родных.

Во-вторых, в связи с тем, что в деятельности этих организаций широко используются приемы и техники современной практической психологии и психотерапии. В главе 10 «Практическая психология и деструктивные культы» описываются психологические приемы и техники, применяемые для вербовки, обращения и поддержания верности новообращенных, техники контроля сознания и реформирования мышления, методы оказания помощи людям, оказавшимся в культах. Глава написана доцентом кафедры Т. В. Соколовской.

Достаточно новым методом психотерапии и психокоррекции в нашей стране является танцевальная терапия — психотерапевтическое использование танца и движения как процесса, способствующего интеграции психики и сомы. Танцевальная терапия имеет широкий спектр применения — от пациентов психиатрического стационара и больных с нарушением опорно-двигательного аппарата до психологического консультирования детей и взрослых.

Современная танцевальная терапия является методом, на основе которого возможно создание экономичных комплексных программ лечения и консультирования конкретных групп пациентов с четко обозначенными целями этапов терапии, включающих структурированные танцевально-терапевтические сессии. Глава 11 «Танцевальная терапия как метод психологической коррекции» написана доцентом кафедры Т. В. Соколовской в соавторстве с кандидатом психологических наук Н. Ю. Оганесян. Авторами описывается метод танцевальной терапии больных шизофренией, основанный на зарубежной методологии и адаптированный применительно к условиям России. Рассматриваются цели и задачи танцевальной терапии в реабилитации больных шизофренией, описываются конкретные клинические примеры динамики невербальной коммуникации в процессе танцевальной терапии.

Завершает книгу глава о психологии старости, написанная профессором кафедры Т. В. Решетовой. Во всем мире общепризнанным является наличие двух путей старения психики — благоприятный и неблагоприятный. Известно, что тело с годами стареет, а вот что касается души, то здесь возможны варианты. Исходом неблагоприятного пути являются психические болезни:

деменция, депрессия. Благоприятное старение тоже имеет свои проблемы, но человек, придерживающийся конструктивных жизненных установок, находит способы их разрешения. Как определить, каким путем идешь, как удержаться в рамках благоприятного старения, как справляться с ключевыми проблемами старости? В главе 12 «Психосоциальные проблемы геронтологии» автор пытается найти ответы на поставленные вопросы. И если психотерапевтическое лечение в геронтологии — дело трудное, то на психологическую поддержку, как сказал З. Фрейд, у стариков всегда есть время.

Учитывая общечеловеческую значимость большинства изложенных в книге проблем, мы надеемся, что читатель найдет здесь полезную информацию не только для оптимизации своей профессиональной деятельности, но и для улучшения качества собственной жизни.

Профессор А. А. Александров

Глава 1

Основные подходы к личности в их практическом применении

Основные подходы к личности в зарубежной психологии

Личность — понятие многомерное и в связи с этим трудно поддающееся определению; это всегда *совокупность* ряда качеств человека — его физических данных, психических свойств, темперамента, характера, мотивов, отношений. То, что человек является субъектом социальных отношений, известно со времен Гиппократа, тем не менее всегда был большой соблазн усматривать в личности особую духовную сущность.

В рамках ряда зарубежных концепций личность выступает не как продукт общественных отношений, а как некая самостоятельная субстанция, из себя возникающая. Это относится прежде всего к психодинамическим концепциям личности, в основе которых лежит то или иное базальное образование, будь то эдипов комплекс, комплекс неполноценности, базальная тревога или симбиотический комплекс. Это относится и к трактовке личности в гуманистической психологии, которая исходит из предположения о том, что человек по природе своей — существо доброе и креативное, наделенное врожденной потребностью в самоактуализации. Между тем, как сами эти качества, так и стремление реализовать их социально детерминированы. Все сугубо человеческое в человеке — результат интернализации социальных отношений. Универсального, всеми разделяемого определения личности не существует. Представители диспозиционного подхода определяют личность как совокупность характерологических черт. Бихевиоризм фактически снимал проблему личности, которой не оставалось места в механистической схеме «стимул — реакция». Созвучны пониманию личности в отечественной психологии определения личности в социально-психологических концепциях зарубежной психологии. Так, Гарри Салливен определяет личность как «паттерн межличностных отношений», а Гюнтер Аммон говорит о «совокупности группودинамических отношений».

В современной зарубежной психологии наметилась тенденция к интеграции различных точек зрения, что говорит о прогрессе в направлении более полного понимания личности человека. Современные зарубежные исследователи личности становятся более эклектичными и менее склонными к тому, чтобы заявлять о каком-либо подходе как наиболее правильном. Вместо этого они заняты поиском большего числа специфических переменных и отношений. Например, американские исследователи из Иллинойского университета определяют личность как «паттерн психологических и поведенческих характеристик, по которым человека можно сравнить и отличить от других людей. Благодаря этому уникальному паттерну характеристик, который возникает из смеси наследственных и приобретенных тенденций, каждый человек способен к формированию своей идентичности».

Основное положение отечественной психологии состоит в том, что личность человека обусловлена общественными условиями, но при этом личность не является простой проекцией этих условий, она сама их создает и творит. В отечественной психологии ведущими школами исследования личности являются психология отношений В. Н. Мясищева, психология деятельности Л. С. Выготского и А. Н. Леонтьева, формирование личности в общении Б. Ф. Ломова и А. А. Бодалева. Психология отношений занимает особое положение, поскольку на ее основе В. Н. Мясищевым была разработана концепция неврозов и патогенетической психотерапии. Одним из фундаментальных положений психологии отношений явилось понимание личности как системы отношений индивида с окружающей социальной средой.

В настоящем обзоре концепции личности рассматриваются в рамках четырех основных подходов к личности — психодинамического, диспозиционного, поведенческого и феноменологического [1], поскольку такая классификация в наибольшей степени отвечает практике психотерапии и психокоррекции.

Психодинамический подход

Психодинамический подход к личности подчеркивает влияние бессознательных психических процессов на детерминацию мыслей, чувств и поведения человека. Основателем психодинамического подхода является Зигмунд Фрейд [2]. Для понимания сущности теории Фрейда необходимо рассмотреть три важных ее аспекта: структуру личности, механизмы защиты Я, стадии развития личности.

Структура личности. Личность, по Фрейду, состоит из трех главных компонентов. Первый компонент — Ид (Оно) — резервуар бессознательной энергии, называемой либидо. Ид включает базальные инстинкты, желания и импульсы, с которыми люди рождаются, а именно: Эрос — инстинкт удовольствия и секса и Танатос — инстинкт смерти, который может мотивировать агрессию или деструктивность по отношению к себе или другим.

Ид ищет немедленного удовлетворения невзирая на социальные нормы или права и чувства других людей. Иными словами, Ид действует согласно *принципу удовольствия*.

Второй компонент личности — Эго (Я). Это — разум. Эго ищет пути удовлетворения инстинктов с учетом норм и правил общества. Эго находит компромиссы между неразумными требованиями Ид и требованиями реального мира — оно действует согласно *принципу реальности*. Эго пытается удовлетворить потребности, защитив при этом человека от физического и эмоционального ущерба, который может явиться следствием осознания, не говоря уже об отреагировании, импульсов, исходящих из Ид. Эго — исполнительная власть личности.

Третий компонент личности — Суперэго. Этот компонент развивается в процессе воспитания как результат интернализации родительских и социальных ценностей. Фрейд использует для этого процесса термин «интроекция». Суперэго включает интроекцированные ценности, наши «надо» и «нельзя». Это наша совесть. Суперэго действует на основе *морального принципа*, нарушение его норм приводит к чувству вины.

Инстинкты (Ид), разум (Эго) и мораль (Суперэго) часто не ладят между собой, приходят в столкновение — возникают *интрапсихические, или психодинамические, конфликты*. Фрейд считал, что число этих конфликтов, их природа и способы разрешения придают форму личности и определяют многие аспекты поведения. Личность отражается в том, как человек решает задачу удовлетворения широкого спектра потребностей.

В норме адаптивное поведение связывается с малым количеством конфликтов или с эффективным их решением. Многочисленные, тяжелые или плохо управляемые конфликты приводят к отклоняющимся чертам личности или к психическим расстройствам.

Механизмы защиты Я. Механизмы защиты — это бессознательная психологическая тактика, которая помогает защитить человека от неприятных эмоций (от тревоги и чувства вины). Выделяют три вида тревоги:

1) реалистическая тревога (например, тревога, которая возникает при столкновении со злой собакой);
2) невротическая тревога, имеющая источником инстинктивные импульсы Ид;
3) моральная тревога, вызванная конфликтом с Суперэго.

Снизить тревогу можно, либо изменив ситуацию, либо исказив восприятие. Этот второй путь связан с формированием механизмов психологической защиты. Они являются специфическими способами взаимодействия с реальностью, позволяющими игнорировать ее, избегать либо искажать.

Наиболее эффективным, по мнению Фрейда, способом функционирования человека в условиях подавления влечений является *сублимация*. Энер-

гия вытесненного желания может найти выход в социально одобряемой деятельности, не вступая в противоречие с Суперэго». Например, агрессивные импульсы найдут выражение в спорте, сексуальные — в литературе, искусстве, других видах деятельности. Сублимированная энергия, по мнению Фрейда, создает цивилизацию.

Вытеснение — один из наиболее простых механизмов, направленных на удаление из сознания неприемлемого содержания — чувств, мыслей и намерений к действию, потенциально вызывающих Суперэго. Однако вытесненные в бессознательное, эти «комплексы» продолжают действовать на душевную жизнь и поведение человека и постоянно ищут выхода «наружу». Поэтому для удерживания их в бессознательном требуется постоянный расход энергии. Например, человек может полностью подавить свои агрессивные импульсы — и они дадут о себе знать лишь в описках, оговорках.

Регрессия — возвращение человека на более ранние стадии психосексуального развития. В эмоционально трудных ситуациях взрослый может вести себя как ребенок, например, верить в таинственных духов, ждать от них помощи. Возвращение на оральную стадию будет связано с оральным удовлетворением, например, употреблением алкоголя. Защитной реакцией может быть засыпание днем. Регрессия может проявиться в широком спектре форм детского поведения: порче вещей, импульсивных реакциях, безосновательном риске, агрессивных действиях против авторитетов и т. д.

Отрицание — это попытка не принимать за реальность события, нежелательные для Эго. Примечательна способность в таких случаях «пропускать» в своих воспоминаниях неприятные события, заменяя их вымыслом. В качестве характерного примера Фрейд приводит воспоминания Чарльза Дарвина: «В течение многих лет, — писал Дарвин, — я следовал золотому правилу, а именно: когда я сталкивался с опубликованным фактом, наблюдением или идеей, которые противоречили моим основным результатам, я незамедлительно записывал это; я обнаружил, по опыту, что такие факты и идеи гораздо легче ускользают из памяти, чем благоприятные». Другой пример — алкогольная анозогнозия — отрицание своей зависимости от алкоголя.

Реактивное образование — защита, при которой поведение человека является противоположным его истинным чувствам. Это инверсия желания. Например, сексуальные импульсы могут отвергаться посредством чрезмерной стыдливости, отвращения и ненависти к сексуальности. Мать может полностью подавлять раздражение, которое вызывает у нее ребенок, недовольство его поведением и проявлять повышенную заботу о его воспитании, образовании, здоровье. От естественной заботы матери о ребенке такое поведение отличается навязчивостью, а чувства — большей интенсивностью.

Проекция — подсознательное приписывание собственных предосудительных качеств, чувств и желаний другому человеку. «Нельзя доверять партнеру», — говорит деловой человек, который сам ведет нечестную игру.

«Все мужчины хотят одного», — можно услышать от женщины, испытывающей сильное сексуальное влечение.

Замещение — смена объекта, на который направлены чувства. Этот механизм включается тогда, когда выражение чувств в отношении данного объекта чревато опасностью и вызывает тревогу. Подобную ситуацию можно часто наблюдать в жизни, когда на случайно подвернувшегося человека выплескивается гнев, изначально направленный, например, на начальника.

При действии описанных защитных механизмов конфликтное содержание совсем не попадает в сознание. Формируются и более сложные «маневры» Эго, в результате которых травмирующее содержание частично попадает в сознание, но подвергается искажению.

Изоляция — это отделение психотравмирующей ситуации от связанных с ней душевных переживаний. Разрывается связь между мыслью и эмоцией. Иногда при сильной травме, например, смерти близкого, человек понимает, как велика утрата, но перестает на нее реагировать эмоционально. Происходит как бы «одеревенение», снижение чувствительности в отношении травмирующего фактора. Все происходит как будто с кем-то другим.

Рационализация — это оправдание неприемлемых для личности желаний, чувств, мотивов. Не признавая действительных движущих сил поступков, человек стремится подыскать им социально одобряемое оправдание. Таким образом Суперэго справляется с Ид.

Интеллектуализация проявляется в том, что человек знает о наличии подавленных импульсов, знание о них присутствует в сознании, но сами эти импульсы вытесняются. Например, можно предполагать наличие гнева по отношению к отцу, но при этом вытеснять агрессивные импульсы, направленные на отца и другие авторитетные фигуры.

Таким образом, механизмы защиты — это способы, с помощью которых Эго защищает себя от внутренних и внешних напряжений. В психодинамической терапии предполагается, что защитные механизмы искажают реальность, но они функциональны и необходимы, поскольку временно устраняют из сознания действие травмирующего фактора. Однако если они становятся слишком ригидными, то затрудняют адаптацию и развитие человека.

Защиты Эго мешают разрядить энергию влечения и предотвращают осознание. Эго ослабевает и оказывается подавленным. В этой борьбе далеко не второстепенную роль играет Суперэго. Суперэго запрещает Эго любую попытку, даже символическую, разрядить инстинктивную энергию, вселяя чувство вины. Эго тратит энергию не на удовлетворение потребности, а на ее подавление, стремясь не допустить запретные импульсы в сознание и не проявить их в действии.

Стадии развития личности. Особую роль в процессе развития личности Фрейд отводил сексуальности. Стадии развития личности представляют, по существу, этапы сексуальной жизни — *психосексуальные стадии*. В начале

сексуальной жизни выделяют две фазы. Первая, или прегенитальная, фаза сексуального развития представляет собой процесс, кульминационный момент которого приходится на конец 5-го года жизни ребенка. Затем следует затишье, или латентный период. Вторая, или генитальная, фаза начинается с возрождения сексуального импульса в период менархе или в период половой зрелости.

В прегенитальной фазе выделяется три психосексуальные стадии. Каждая из них имеет отношение к той части тела, которая является главной сферой удовольствия в этом периоде жизни. Фрейд говорил, что неудача в решении проблем и конфликтов во время каждой из стадий приводит человека к фиксации.

Оральная стадия. Первый год жизни ребенка называется оральной стадией, потому что рот является центром удовольствия в это время. Ребенок использует рот не только для еды, но также для исследования мира: он берет в рот все — от игрушек до собственных рук и ног. Личностные проблемы возникают главным образом тогда, когда или оральные потребности не удовлетворяются, или ребенок чрезмерно предается этим удовольствиям. Следовательно, раннее отлучение от груди или задержанное отлучение могут приводить к страстному желанию или чрезмерной привязанности к бутылке, груди и другим формам орального удовлетворения.

У взрослого человека фиксация на оральной стадии может приводить к таким «оральным характеристикам», как чрезмерная разговорчивость, переедание, курение, алкоголизм или даже использование язвительного («кусающего») языка (сарказма).

Чрезмерная зависимость от других (как зависимость ребенка от своей матери) является другим возможным признаком оральной фиксации. Под влиянием стресса взрослый человек, фиксированный на оральной стадии, склонен к преувеличению этих черт.

Анальная стадия. Вторая психосоциальная стадия наблюдается на протяжении второго года жизни, когда требование контроля за дефекацией сталкивается с инстинктивным удовольствием ребенка испражняться, когда ему захочется. Так как фокус удовольствия и конфликт «перемещаются» изо рта в анус, Фрейд назвал этот период анальной стадией. Если требование регуляции стула слишком строго или предъявляется слишком рано или слишком поздно, то возникают конфликты.

Нерешенные конфликты этой стадии могут формировать «анальную личность». Взрослые, фиксированные на анальной стадии, символически задерживают кал в форме повышенного контроля, скупости, упрямства, высокой организованности, педантичности и чрезмерной озабоченности в чистоте и порядке. Другую крайность проявляют те, кто символически изгоняет кал: они неряшливы, неорганизованы или импульсивны.

Фаллическая стадия. К возрасту трех лет и в течение последующих двух лет фокус удовольствия перемещается в генитальную область. Подчеркивая психосексуальное развитие мальчиков, Фрейд назвал этот период фаллической стадией. Фрейд говорил, что в течение фаллической стадии импульсы Ид мальчика включают в себя сексуальное влечение к матери и желание уничтожить, даже убить, отца, с которым мальчик должен конкурировать за любовь матери. Он назвал эту констелляцию импульсов *эдиповым комплексом*, потому что он соответствует сюжету трагедии Софокла «Царь Эдип», в которой Эдип, не ведая того, убивает своего отца и женится на своей матери. Враждебные фантазии мальчика и импульсы по отношению к своему отцу создают страх возмездия, называемый *кастрационной тревогой*. Страх становится так силен, что Эго подавляет инцестуозные желания. Затем мальчик стремится стать подобным своему отцу (идентифицироваться с ним), и в этом процессе он обучается мужской сексуальной роли, что позднее помогает ему создать сексуальные отношения с другой женщиной вместо своей матери.

Решение этих конфликтов более сложно для девочек. Согласно Фрейду, вначале девочка проявляет сильную привязанность к матери, но так как она осознает, что у мальчиков есть пенисы, а у девочек нет, она начинает ненавидеть мать, обвинять ее в этом недостатке и считать себя неполноценной. Она, якобы, испытывает зависть к пенису и переносит свою любовь на отца, у которого есть этот орган. Но девочка должна все же избегать неодобрения со стороны матери, поэтому она идентифицирует себя с матерью, принимая женскую сексуальную роль, и в последующем выбирает мужчину взамен своего отца.

Фрейд полагал, что преобладание интерперсональных проблем указывает на то, что большинство людей в некоторой степени фиксированы на фаллической стадии. Человек, который испытывает страх или проявляет агрессию по отношению к учителю, начальнику или другой авторитетной личности, демонстрирует нерешенные конфликты с родителем одного с ним пола. Вот некоторые из проблем, которые также могут быть связанными с плохо решенными конфликтами фаллической стадии: трудности с сексуальной идентификацией, неспособность к поддержанию стабильных любовных отношений, проявление нарушенного или социально неодобряемого сексуального поведения.

Латентный период. Период, начинающийся примерно в 6-летнем возрасте и заканчивающийся к началу периода менархе и половой зрелости, — это период сексуальной латентности. Латентность может быть полной или частичной. В латентном периоде развиваются сексуальные запреты. Один из механизмов, с помощью которых сексуальная энергия направляется в другое русло, называется *сублимацией*, или переключением либидо на достижение новых целей и на различные культурные занятия. Более того, по мере

развития индивида либидинозные импульсы могут индуцировать противоположные реакции, например отвращение, стыд, моральные переживания.

Вторая фаза сексуального развития называется *генитальной*. Она начинается в период менархе или в период половой зрелости и предполагает подчинение всех источников сексуального чувства доминирующим генитальным зонам. Возникшие ранее либидинозные катексисы (заряды инстинктивной энергии) могут быть сохранены посредством включения их в сексуальную деятельность либо посредством их подавления или направления в другое русло. В этой фазе преодолевается стремление к кровосмесительному выбору объекта, а также происходит уход из-под влияния родительского авторитета. Если предшествующее сексуальное развитие индивида было адекватным, он становится готов к установлению гетеросексуальных половых отношений.

Психоанализ. Благодаря действию защитных механизмов бессознательное становится трудным для исследования, но Фрейд разработал для этого метод — *психоанализ*. Психоанализ включает толкование свободных ассоциаций, сновидений, обыденного поведения (обмолвок, ошибок памяти и др.), анализ сопротивления и переноса. Психоанализ ставит перед собой две основные задачи:

1) добиться у пациента осознания (инсайта) интрапсихического или психодинамического конфликта;
2) проработать конфликт, т. е. проследить, как он влияет на актуальное поведение и на интерперсональные отношения.

Например, психоанализ помогает пациенту осознать скрытые, подавленные чувства гнева по отношению к родителю. Это осознание дальше дополняется работой над тем, чтобы пациент эмоционально пережил и освободил подавляемый гнев (катарсис). Эта работа помогает затем пациенту осознать, как бессознательный конфликт и связанные с ним защитные механизмы создают межличностные проблемы. Так, враждебность пациента к начальнику, старшему сотруднику или другой «родительской фигуре» может являться символическим, бессознательным отреагированием детских конфликтов с родителем.

В процессе психотерапии стремятся к снятию защит при одновременном укреплении Эго для того, чтобы оно могло управлять поведением, не искажая реальности, и высвободившиеся импульсы не нарушали функционирование личности. Сильное Эго возможно при достижении его независимости от Ид и Суперэго. «Поэтому принципиальная цель психоанализа состоит в том, утверждает Фрейд, чтобы усилить Эго, сделать его более независимым от Суперэго, расширить поле его восприятия и усовершенствовать его организацию, чтобы оно могло освоить новую порцию Ид. Избавление от невроза — это преодоление конфликта Ид и Эго, расширение сферы Эго, достиже-

ние его независимости от Суперэго. Там, где было Ид, должно стать Эго», — писал Фрейд.

Критики психоанализа указывали, что Фрейд основывал свою теорию на наблюдениях за очень непрезентативной группой людей — это были преимущественно женщины из высшего класса Вены. Они были воспитаны в обществе, в котором обсуждение сексуальных проблем считалось неприличным. Более того, сосредоточенность Фрейда на мужском психосексуальном развитии и его убеждение в том, что женщины завидуют мужской анатомии, закрепило за ним ярлык сексиста и привело к отрицанию его идей феминистами.

Некоторые исследователи показали, что конфликты, основанные (с точки зрения Фрейда) на сексуальном влечении к родителям, могут быть связаны с воспоминанием о сексуальном совращении. Действительно, когда выяснилось, что сексуальное совращение ребенка — явление не столь уж редкое, Фрейда обвинили в отказе поверить рассказам его пациентов о совращении родителями или другими взрослыми. Фрейд приписывал эти рассказы сексуальным фантазиям и желаниям пациентов.

Также были поставлены под сомнение такие основные психоаналитические концепции, как Ид, Эго, бессознательные конфликты, механизмы защиты. Эти конструкции слишком неопределенные для научного диагностирования. Например, психолог предполагает наличие у пациента бессознательных агрессивных импульсов. Подозрение будет подтверждено, если он часто бывает агрессивным и враждебным. Если же пациент обычно уравновешен, его спокойствие может быть расценено как защита против агрессивных импульсов. Эпизодическое возникновение вспышек гнева может быть расценено как временная потеря Эго-контроля. Короче, почти все, что делает человек, может быть проинтерпретировано как отражение бессознательной агрессии. Предполагается, что проективные тесты выявляют подавленный гнев. Однако ценность таких тестов для точного прогнозирования поведения не была подтверждена психологическими исследованиями. В шутку говорят, что позиция психоаналитика беспроигрышна, потому что если пациент приходит на сеанс раньше времени, то он расценивается как зависимый; если опаздывает — то это показатель наличия у него сопротивления; наконец, если он приходит вовремя, то это значит, что он страдает навязчивыми действиями.

Получил критику взгляд Фрейда на человека как существо, движимое главным образом инстинктами и бессознательным. Многое в поведении человека выходит за рамки инстинктивного удовлетворения. Сознательное побуждение достичь высоких личных, социальных и духовных целей также является важной детерминантой поведения. Эго-психологами были модифицированы некоторые концепции Фрейда, что помогло отклонить ряд критических возражений.

Аналитическая психология **Карла Юнга** [3]. Юнг выдвинул предположение, что бессознательное содержит идеи, носящие символический характер и составляющие основу всех представлений человека. Эти идеи рассматриваются им не как содержательные, а как формальные элементы психики, которым Юнг дает название «архетипы», понимая под ними нечто всеобщее и имманентно присущее всему человеческому роду. Архетипы представляют собой формальные образцы поведения, или символические схемы (формулы), на основе которых оформляются конкретные, наполненные содержанием образы, которыми человек оперирует в своей реальной жизни и деятельности. Архетипы — это глубинные осадки психики человека, накапливаемые человеческим родом в течение многотысячелетнего опыта приспособления и борьбы за существование. Это скрытые следы памяти человеческого прошлого — расовой и национальной истории, а также дочеловеческого, животного существования. Юнг полагал, что каждый человек имеет не только *индивидуальное бессознательное*, но также и *коллективное бессознательное*, которое и является тем резервуаром, в котором сконцентрированы все архетипы. Если для Фрейда наследственным биологическим материалом были сами инстинкты, предопределяющие мотивы деятельности человека, то для Юнга — формы, идеи, типичные способы поведения. Он выделяет несколько архетипов: Персону, Тень, Аниму и Анимус, Самость и др. Персона олицетворяет ложное Я человека; она выполняет функцию маски, за которой скрывается истинное Я. Персона — это «компромисс между индивидом и обществом». Если Я тождественно Персоне, то личность предстает в виде отчужденного существа, играющего социальную роль, навязанную обществом. Речь идет в этом случае об обезличивании человека, нивелировке его сущностных сил, составляющих его истинное Я. Тень — зловещий архетип, подобный фрейдовскому Ид; он включает самые древние инстинкты, идущие от предчеловеческих веков. Юнг считал, что Тень ответственна за такие понятия, как грех и дьявол. Тень символизирует собой агрессивные и разрушительные тенденции. Антисоциальные устремления Тени могут и не проявляться в открытой форме, поскольку они скрыты под маской Персоны или вытесняются в «индивидуальное бессознательное». Но в этом случае обнаруживается повышенная предрасположенность к расщеплению личности и возникновению неврозов. Анима и Анимус — это абстрактные образы, представляющие женский архетип в мужчине и мужской в женщине. Они способствуют достижению взаимопонимания между обоими полами. Если архетипичный образ проецируется на реальный объект без учета его конкретных особенностей, то это чревато внутриличностными конфликтами и неврозами. Самость — центральный архетип личности, символ «целостности». Если Я выступает субъектом сознания личности, то Самость — субъектом целост-

ной психики человека. Это точка равновесия, которая благодаря своей фокусной позиции между сознательным и бессознательным предопределяет всю жизнедеятельность человека, направленную на достижение целостности и единства составляющих ее частей.

Индивидуальная психология **Альфреда Адлера**. Адлер [4] резко выступил против биологизаторской теории Фрейда. Он подчеркивал, что основное в человеке — не его природные инстинкты, а «чувство общности». Это чувство не вырабатывается в процессе социализации, это врожденное свойство, но оно должно быть социально развито. С этим чувством связаны способности любить, сочувствовать, увлекаться. Он отталкивался от предположения, что каждый человек рождается в беспомощном, всецело зависимом состоянии, которое создает чувства неполноценности. Эти негативные чувства, соединенные с природным желанием стать полноправным членом общества, являются стимулом для развития личности. Он называл этот процесс *стремлением к превосходству*, под которым он понимал стремление к самоосуществлению, а не только желание быть лучше других. Если чувства неполноценности очень сильны, то они могут мотивировать человека к компенсации, даже к сверхкомпенсации своей неполноценности. Это он назвал *комплексом неполноценности*. Согласно Адлеру, способы, с помощью которых человек пытается достичь личного и социального осуществления, определяют *стиль жизни*. Адлер утверждал, что этот стиль жизни направляется сознательными идеями, целями и убеждениями (а не бессознательными, как говорил Фрейд) и что эти идеи приходят через опыт. Жизненный стиль особенно ярко проявляется при столкновении с новой и сложной жизненной ситуацией, которая выступает своеобразной лакмусовой бумажкой личности. Выявление жизненного стиля является для Адлера «нитью Ариадны» в познании индивида: «Чтобы предвидеть будущее поведение человека, мы должны понять его жизненный стиль». Ученик Адлера Ф. Кюнкель указал на возможность типологизации жизненного стиля по характеру основных отношений субъекта к себе и к окружающим, что выражается во внутренних «правилах», которые диктуют нормы поведения. Например, избалованный ребенок руководствуется следующими правилами: «ничего не делай на свой риск»; «взрослые должны тебе помогать», «если они тебе не помогут — ничего не выйдет, и они будут в этом виноваты». У сурово воспитанных детей свои правила-нормы: «делай все на собственный риск»; «взрослые — твои враги», «чтобы их использовать, ты должен их перехитрить». «Во всех человеческих неудачах, — писал Адлер, — в непослушании детей, в неврозах, в преступности, самоубийстве, алкоголизме и наркомании, в половых извращениях, фактически во всех нервных проявлениях мы можем обнаружить недостаточность должного уровня социального чувства.» Идеи Адлера оказали сильное влияние на когнитивных психотерапевтов, в частности на **А. Бека**

и **А. Эллиса**: их подходы основаны на идентификации иррациональных (дисфункциональных) убеждений, лежащих в основе эмоциональных нарушений, с их последующей коррекцией.

Другой разновидностью психоанализа является *Эго-психология* (**Анна Фрейд**, **Хайнц Гартман** и др.). Эго-психологи рассматривали Эго не только как посредника в конфликтах между Ид, Суперэго и средой, но и как творческую, адаптивную силу. Эго ответственно за развитие языка, восприятие, внимание, планирование, обучение и другие психические функции.

Теоретики *неофрейдизма* (**Карен Хорни**, **Эрих Фромм**, **Гарри Салливен**) следовали путем Адлера и акцентировали социальные и культурные, а не биологические детерминанты формирования здоровой и невротической личности. Хорни [5] в своей концепции бессознательного заменила фрейдовское либидо двумя иными механизмами: «базальной тревогой» и «перфекционизмом» (стремлением к совершенству). Источник невроза она видит в конфликте общественных устремлений человека с враждебными ему условиями социальной среды. Базальная тревога приводит к неверию в свои силы, чувству собственной неполноценности; перфекционизм же побуждает к преодолению страха и обеспечивает свободу и уверенность. Однако тенденция к совершенствованию увеличивает зависимость человека от других членов общества. Хорни делает вывод, что повышение требований общества к индивиду усиливает стремление последнего к совершенствованию, а это приводит к его порабощению социальными условиями, поэтому «различие между больным неврозом и нормальным человеком чисто количественное».

Личность, по **Фромму** [6], — продукт социально-исторического развития. Невротизм нашего времени — результат того одиночества, в котором оказался человек капиталистического общества. Первобытный человек не отделял себя от природы, он чувствовал себя ее частью. В античном мире человек сознавал себя гражданином своего полиса (города-государства), республики, империи. В Средние века человек оставался членом общины, сословия, корпорации, сыном церкви. Он был лишен свободы, но не чувствовал себя одиноким, и церковь давала ему готовое решение всех его вопросов. С наступлением капиталистической эры старый общественный порядок и вековые связи личности с обществом были разрушены — и человек оказался перед лицом неразрешенных проблем отношения к себе и социальной среде. Невротик — это тот, кто не выносит тяжкого бремени одиночества и свободы, не выносит необходимости единолично и свободно решать вопросы своих отношений с обществом, с окружающим миром, с самим собой. В этом положении современного человека кроется причина его склонности к «бегству от свободы», стремление укрыться от нее под властью тоталитарного режима, авторитарного государства. Фромм постулирует психические механизмы, с помощью которых современный человек строит свои отношения с общест-

вом: садомазохизм; конформизм; творческая продуктивность. Фромм видит путь избавления от самоотчуждения в «гуманистическом отношении», в прививании людям гуманного отношения друг к другу.

Салливен изложил основные положения относительно теории личности в книге «Межличностная теория психиатрии» [7]. Он провозгласил, что концепция личности — иллюзия, название для *паттерна интерперсонального поведения* отдельного человека. Каждый человек содержит в себе столько личностей, сколько существует в данный момент межличностных ситуаций. Личность выступает как проекция межличностных отношений. Интерперсональные отношения представляют собой основной фактор формирования взглядов, воспитания личности, стремления к контакту, а в других случаях — источник страха, стремления избежать контакта. Психически больной человек отличается от здорового только мерой расстройства своих «коммуникаций».

Другим примером расширения роли социальных потребностей и отношений в современном психодинамическом подходе являются работы теоретиков *объектных отношений*, таких как **Мелани Клейн**, **Отто Кернберг**, **Хайнц Когут**. Теории объектных отношений подчеркивают важность для личностного развития очень ранних отношений между детьми и их объектами любви, обычно матерью и первичными фигурами, обеспечивающими ребенку уход. Особенно критическим в жизни человека является то, *как* первичные фигуры обеспечивают поддержку, защиту, принятие и одобрение, — другими словами, удовлетворяют физические и психологические потребности ребенка. Природа этих объектных отношений имеет важный импульс для развития личности, включая надежную раннюю привязанность к матери или ее заменителям, постепенное отделение от объекта привязанности и, наконец, обретение способности строить отношения с другими с позиции независимого индивида. В результате нарушения объектных отношений возникают проблемы, связанные с процессом личностного развития, что приводит к формированию неадекватной самооценки, трудностям в общении с другими людьми и более серьезным психическим расстройствам. В целом концепции объектных отношений в значительной мере создаются на основе работы с пациентами, не страдающими неврозами. Акцент делается на факторах раннего детства, когда неправильное отношение матери приводит к дефектам, искажениям и одновременному игнорированию интрапсихического конфликта, играющего центральную роль у больных неврозами.

Другая разновидность психоанализа, представленная **Францем Александером**, **Шандором Ференци**, **Отто Ранком**, на первый план выдвигает эмоциональный компонент взаимодействия врача и пациента. С 30-х гг. среди ведущих психоаналитиков стало распространяться мнение, что восстановление в памяти прошлых событий является не единственным фактором

лечения. Еще Фрейд отмечал, что само по себе истолкование в психоанализе неэффективно. Понимания смысла симптомов и их связи с прошлыми событиями недостаточно для излечения. Более того, возвращение в сознание вытесненного материала стало толковаться не столько как причина, сколько как результат определенного типа терапевтического взаимодействия врача и пациента. Наиболее важным видом этого взаимодействия является трансфер (перенос). Главный момент в лечении — не воспоминание, а возможность принять его, работать с ним. Так, если в детстве авторитарный отец блокировал проявление агрессивности, эмоциональной экспансивности, то в дальнейшем взрослый будет испытывать трудности при взаимодействии с людьми высокого статуса. Важно понять не только истоки подобных реакций, но и почувствовать достаточную силу и уверенность в себе, чтобы противостоять попыткам подавления в настоящем. Способность принять реконструированный бессознательный опыт зависит от силы Эго, которая укрепляется в терапевтическом взаимодействии. Пациенту важно пережить новый эмоциональный опыт в работе с врачом. Психотерапевт обеспечивает благотворность этого опыта и эффективность лечения, управляя трансферными отношениями. В то же время для возникновения трансфера важно вызвать, восстановить в памяти прошлые события. Таким образом, для лечения необходимо оптимальное сочетание интеллектуального и эмоционального компонентов.

Некоторые разновидности психоанализа изменили лечение, сделав его менее интенсивным, менее дорогим и применимым к более широкому кругу пациентов. Например, в «психоаналитически ориентированной психотерапии» **(Александер)** или «краткосрочной динамической психотерапии» используются основные психоаналитические методы, но более гибко. Цель может ранжироваться от психологической поддержки до кардинальных изменений личности, а терапия может состоять из 30 сеансов или меньше. Пациент не лежит на кушетке, как это принято в традиционном психоанализе, а свободно сидит в кресле напротив терапевта и больше времени тратит на разговор с ним, чем на свободные ассоциации. Терапевт более активен в привлечении внимания пациента к актуальным конфликтам.

Помимо психотерапии, психодинамическая концепция личности находит применение в создании проективных методов психодиагностики, таких как метод Роршаха, Тематический апперцепционный тест, тест фрустрации Розенцвейга, метод незаконченных предложений. Психодинамическая оценка личности используется также для распознавания бессознательных импульсов человека, для выявления скрытой агрессии, суицидальных намерений и других проблем, которые могут возникнуть у пациента за пределами психиатрического учреждения. Психодинамический подход стимулировал также изучение психосоматических соотношений. Например, было показа-

но, что неспособность описывать свои чувства (алекситимия), возникающая, по-видимому, в силу вытеснения, связана с наличием определенных соматических расстройств.

Психодинамическими исследованиями подчеркивается важность для развития личности и появления психических расстройств опыта раннего детства. Теории объектных отношений уделяют специальное внимание первым дням и неделям жизни — времени, когда формируется тесная связь между ребенком и его родителями. Дети, испытавшие дефицит этой связи, обнаруживают особую склонность к развитию психологических проблем. В связи с этим психодинамическими теоретиками разрабатываются рекомендации по воспитанию детей. Например, в родильных домах и больницах стараются максимально сократить время отлучения детей от родителей.

Концепция личности **Гюнтера Аммона** (*«гуманструктурология»*) и разработанный им метод лечения психических заболеваний («динамическая психиатрия») знаменуют собой современный этап в развитии психодинамического подхода.

Развитие концепции личности начинается у Аммона [8] с нового определения агрессии, которую, в отличие от Фрейда, он понимал как конструктивную силу, как Я-функцию личности, как «колесо человеческой жизни и творческой деятельности». Первоначально конструктивная агрессия, присущая каждому человеческому существу, может превращаться под влиянием группы в деструктивную или дефицитарную. Конструктивная агрессия выступает как креативная сила тогда, когда человек освобождается от раннего детского симбиоза с первичной группой, обретая свою идентичность. Также по-новому, в отличие от Фрейда, было определено бессознательное. Теперь оно рассматривалось как вместилище креативных сил человека, как потенциал формирующихся и сформированных Я-функций.

Переосмыслив понятия «агрессия» и «креативность» и по-новому определив бессознательное, Аммон развил собственную концепцию личности под названием «гуманструктурология» (структура Я). Он рассматривает гуманструктурную модель как отражение энергетических, динамических, структурных и генетических процессов. Гуманструктура представляется как сплетение первичных, вторичных и центральных гуманфункций (Я-функций). Первичные гуманфункции включают все биологические и нейрофизиологические сферы человека. Вторичные гуманфункции обеспечивают «функциональную поддержку личности», они определяют способности, навыки, поведение и в основном являются сознательными. Сердцевину личности составляют центральные гуманфункции, которые являются бессознательными. К ним относятся агрессия, креативность, сексуальность, нарциссизм, страх, границы Я и др. Особенно важна гуманфункция идентичности. Она приводит

в движение все гуманфункции, интегрирует их и связывает между собой. Следовательно, в целом идентичность означает личность человека.

Все гуманфункции связаны друг с другом как в области сознательного, так и бессознательного. Они могут развиваться конструктивно, деструктивно или дефицитарно, что зависит от социоэнергетического поля окружающей группы. Эти процессы развития интернализуются в раннем детстве и существенно определяют структуру бессознательного.

Вместо биологической психоаналитической теории либидо Аммон развил концепцию *социальной энергии*. Под социальной энергией понимается сила, которая возникает в контактах между людьми и качество которой зависит от данной бессознательной групповой динамики. В зависимости от того, как сформировано групподинамическое пространство в межличностных отношениях, социальная энергия может выражаться конструктивно, деструктивно или дефицитарно и в соответствии с этим интегрироваться личностью. Гуманструктура как переплетение всех синергически связанных друг с другом гуманфункций образуется под влиянием социальной энергии. Конструктивная социальная энергия характеризуется интересом к другому человеку, конфронтации с ним, серьезным к нему отношением и требованиями. Конфронтация ведет к развитию, росту, изменениям гуманструктуры. Дефицитарная социальная энергия — это недостаточная социальная энергия или отказ в ней, игнорирование человека. Она выражается в отсутствии интереса, внимания, доброжелательности при формальной заботе, в отсутствии понимания человека, его чувств, его своеобразия. Одно из наибольших наказаний, которому родители могут подвергнуть своих детей, — это отказ в любви. Физический контакт также чрезвычайно важен для социальной энергии. Люди, которых никогда не ласкали, которые никогда не испытывали позитивного телесного контакта, испытывают дефицит социальной энергии, вследствие чего у них образуются дефицитарные структуры личности. Деструктивная социальная энергия характеризуется запрещениями, наказаниями, всякого рода принуждениями. Крайним выражением деструктивной социальной энергии является жестокое обращение с детьми. Таким образом, социальная энергия есть энергия, которая воздействует на формирование личности. В соответствии с этим структуру личности можно рассматривать как отраженную социальную энергию.

Личностное развитие происходит на протяжении всей жизни и связано с «социоэнергетическим процессом обмена», т. е. с интерперсональными отношениями, и понимается как развитие структур личности с ее сознательными, бессознательными и нейрофизиологическими аспектами. Важно при этом, что образ человека (Я-концепция) опосредован через оценки группы, через то, что в первичных группах ощущается человеком как конструктив-

ное, способствующее развитию, и то, что в функционирующих в данное время группах считается достойным стремления и подражания.

Бессознательная групповая динамика первичной группы регулирует объем и качество межличностной психической энергии. Групповая динамика может формировать конструктивное отношение человека к работе, к друзьям, способствовать конструктивным идеям, задачам, интересам, но может также вести к задержке или дефициту опыта. Я-структура развивающегося ребенка представляет репрезентативное отображение обобщенного эмоционального настроя окружающей группы, отображение специфической семейной динамики, качества отношений с первичными фигурами. Процесс передачи социальной энергии между ребенком, матерью и окружающей группой протекает преимущественно на бессознательном уровне, и тем непосредственнее, чем моложе ребенок. Для развития Я-структуры особенно важно поле отношений раннего детства, вообще же развитие Я-структуры является постоянным (на протяжении жизни) процессом дифференциации и интеграции.

Образ человека имеет многомерный, целостный характер, в котором тело, психика и душа составляют единство. Человек понимается как групповое существо с потребностью в идентичности, самоосуществлении и в поиске смысла жизни. Болезнь рассматривается как дезинтеграция личности, что проявляется в дефицитарных и деструктивных выражениях гуманфункций. Все тяжелые преэдипальные психические болезни обнаруживают дефицит в структуре Я, или «дыру» в Я, которая заполняется различной симптоматикой. Здоровье понимается как выражение конструктивных и позитивных функций Я. Здоровье и болезнь можно представить как точки, расположенные на одном континууме.

Многомерное понимание человека является теоретической основой для многомерной концепции диагноза и лечения. Многомерный диагноз основан на спектральной концепции болезни и здоровья, когда человек не рассматривается с точки зрения его симптомов или диагностических ярлыков. Аммон говорит также о «диагнозе здоровья», т. е. психологическое и биологическое обследование обязательно включает здоровые части человека, например его способности, интересы, телесное здоровье, навыки и интеллект, а также его переживания и его отношения в группах. Диагностика включает также подробное интервьюирование пациентов и их семей, а кроме того, соматическое и психиатрическое обследование и психодиагностические методы тестирования.

Динамическая психиатрия рассматривает пациента как человека, наделенного своими правами, и апеллирует к здоровым ресурсам его личности. Таким образом, работа с гуманструктурой является центральным моментом терапии, которую следует понимать как терапию идентичности. Эта терапия предполагает постижение бессознательного ядра личности, измене-

ние и развитие дефицитарных и деструктивных частей личности в конструктивном направлении для обретения идентичности. Имеющиеся конструктивные части личности рассматриваются как «готовность к идентичности» и как «мост к контакту».

Болезнь понимается Аммоном как «неудавшаяся, деструктивная попытка освобождения от сознательных и бессознательных ограничений посредством депрессии, психосоматических симптомов, деструктивной агрессии и сексуальности, психотических реакций, бегства в алкоголизм и наркоманию». Болезнь также понимается как временная потеря равновесия и как дезинтеграция многомерности.

Холистическая и многомерная концепция человека ведет к многомерной концепции лечения, стремящегося к интеграции и развитию. Спектр невербальных и вербальных терапевтических методов, базирующихся на социоэнергетическом групподинамическом понимании, представляет собой многомерную терапевтическую сеть. Все групподинамическое и социоэнергетическое поле служит лечению. В клинике динамической психиатрии вся команда, включающая медицинских сестер и нянь, социальных работников, терапевтически подготовленных психиатров и психологов, администрацию и работников кухни, интегрирована в лечение как социоэнергетическое поле. Метод лечения включает индивидуальную и групповую терапию, групподинамическую терапию средой (мильотерапию), а также такие невербальные формы терапии, как гуманструктурный танец, различные виды арттерапии, спортивную терапию, верховую езду и группы по интересам.

Экстрамуральная терапия стационарных больных проводится в мильотерапевтических группах в центре динамической психиатрии в Южной Италии и нацелена на усиление Эго, дает возможность попробовать свои силы (Эго-мускулы) перед тем, как выйти за пределы психотерапевтической среды в реальный мир.

Для каждого пациента разрабатывается индивидуальная терапевтическая программа, учитывающая структуру его личности. Клинические разборы («case-conference») представляют момент интеграции многомерной концепции лечения. Через определенные промежутки времени различные терапевты, принимавшие участие в лечении пациента, обобщают его психические, физические и интеллектуальные изменения и изменения структуры его личности. Вместе с пациентом они обсуждают дальнейшие терапевтические цели и возможности. Большой сбор всех пациентов и сотрудников («Grossgruppe») представляет всю терапевтическую сеть клиники и отражает еще один аспект интеграции каждого индивида в жизнь клиники.

Эффективность терапии зависит от того, сколько социальной энергии может обеспечить терапевтическая команда. Это связано с тем, что при лечении пациента терапия не ограничивается воздействием одного терапевта,

а несколько терапевтов формируют социоэнергетическую среду, окружающую пациента. Групподинамическая работа с командой, супервизия, ежедневные собрания команды, но главным образом обучение команды и повышение квалификации являются существенными для эффективности терапии. Терапевтической задачей, целью динамической психиатрии является терапия идентичности и гуманизация. Что означает, во-первых, что человек может снова развивать способность устанавливать контакт с самим собой и с другими людьми. Во-вторых, это означает, что нужно усилить креативные и интегративные силы и отделить их от деструктивных и дефицитарных черт личности, прежде всего от деструктивной агрессии, деструктивного страха и деструктивного нарциссизма, что Аммон называл «треугольником сопротивления».

Для стойкого эффекта терапии стационарных больных большое значение приобретает поддерживающая терапия. С этой целью практикуются различные формы амбулаторной терапии, целью которой является рост идентичности человека, а не интеграция в общество в смысле конформизма, на что часто нацелены реабилитационные мероприятия.

Диспозиционный подход

Диспозиционный подход основывается на трех основных предположениях [1]:

1) каждый человек имеет стойкие диспозиции (склонности) к проявлению определенного поведения, отношений и эмоций. Так, мягкий человек склонен оставаться таким изо дня в день, из года в год;
2) эти диспозиции генерализованы, они проявляются в различных ситуациях. Человек, стремящийся к соперничеству на работе, вероятно, будет таким же на теннисном корте или в компании друзей;
3) у каждого человека свой индивидуальный набор диспозиций, или, по крайней мере, набор диспозиций разной степени выраженности, в связи с чем диспозиции создают уникальный паттерн. Это ведет к бесконечному разнообразию человеческих личностей.

Теория черт Гордона Олпорта. **Гордон Олпорт** потратил 30 лет, изучая закономерности сочетания черт в личности здоровых людей. Он вычислил примерно 18 000 черт и заметил, что многие названия этих черт (ярлыки) имеют одно и то же значение. Например, понятия «враждебный», «гадкий», «злобный», «подлый», «низкий» выражают сходное значение. Поэтому в эксперименте при создании эскиза личности испытуемые обычно используют не более 7 ярлыков. Олпорт считал, что такой набор ярлыков представляет собой *центральные черты* личности, которые определяют и контролируют

поведение человека в самых различных ситуациях. Кроме того, Олпорт описывает *вторичные черты*. Они специфичны для определенных ситуаций и в значительно меньшей степени контролируют поведение. У немногих людей Олпорт находит *кардинальные черты* — диспозиции, которые носят сверхгенерализованный характер, в силу чего управляют фактически всем поведением человека. Кардинальные черты часто присущи знаменитым людям: Альберт Швейцер и мать Тереза являются носителями кардинальной черты филантропии.

Факторный анализ Айзенка. Человек является носителем большого числа общих черт, каждая из которых проявляется в конкретной личности с разной силой. Если возникнет необходимость в сравнении хотя бы двух людей (скажем, для подбора пары в брачном бюро), то придется измерить не один десяток черт. Процедуру можно упростить, если выяснить, какие из этих черт коррелируют друг с другом. Теперь можно сравнивать личности более эффективно, измерив только несколько специфических черт. Еще лучше, если после выявления этих «наборов черт» (кластеров) можно было бы определить, к какому более базальному фактору личности относится каждый из них. Таким образом, личность можно было бы полностью описать, выяснив, на какие базальные факторы она опирается. Используя сложный математический метод — факторный анализ, — некоторые исследователи идентифицировали наборы черт, которые коррелируют друг с другом, но не коррелируют с другими группами. Затем они дали каждой группе название, отражающее базальный фактор личности. **Ганс Айзенк** идентифицировал три основных личностных фактора — психотизм, интроверсию—экстраверсию и эмоциональность—стабильность, с помощью которых, как он полагал, можно описать и объяснить и нормальные, и патологические аспекты личности. Люди с высоким психотизмом обнаруживают такие черты, как жестокость, враждебность, холодность, эксцентричность, отвержение социальных норм. Экстраверт Айзенка общителен, любит вечеринки и другую социальную деятельность, склонен к импульсивному риску, любит возбуждение, перемены и стремится туда, где что-то происходит. Интроверт же спокоен, задумчив, замкнут, любит учебу и другие уединенные занятия и избегает возбуждения или социальной близости. По другому главному личностному фактору Айзенка — эмоциональности—стабильности — на одном полюсе располагаются такие черты, как склонность к колебаниям настроения, неугомонность, беспокойство, тревога и тенденция к открытому выражению чувств. Люди на другом конце этой шкалы спокойны, уравновешенны, расслабленны и эмоционально стабильны. Большинство людей распределяются между этими полюсами по обоим факторам Айзенка.

Сочетание факторов эмоциональности—стабильности и интроверсии—экстраверсии в различных пропорциях дает различные комбинации

характерологических черт (эмоциональность—интроверсия, эмоциональность—экстраверсия, стабильность—интроверсия, стабильность—экстраверсия), которые, как ни странно, в целом соответствуют четырем темпераментам Гиппократа (меланхолик, холерик, сангвиник, флегматик). Айзенк предположил, что позиции индивида по фактору эмоциональность—стабильность определяются, в основном, биологическими переменными. Он говорил, что если вы, например, унаследовали высокую сенситивность и чрезмерно возбудимую нервную систему, то, вероятно, вы чувствительны к поощрениям и наказаниям, и поэтому у вас легко возникают условные реакции. Это ведет к тому, что вы легко усваиваете и выполняете нормы и не нуждаетесь в стимулировании, другими словами, вы — интроверт. Другой человек — со слабой возбудимостью нервной системы — менее чувствителен к поощрению и наказанию и поэтому не так легко усваивает нормативное поведение. Недостаточная возбудимость нервной системы заставляет такого человека постоянно искать острых ощущений и перемен, что приводит к формированию экстравертированных паттернов поведения.

Личность как отражение потребностей. Если теоретики «черт» определяли базальные факторы, то **Генри Мюррей** пытался определять базальные человеческие потребности (мотивы). Список потребностей Мюррея включал 20 первичных, или биологических, потребностей, таких как потребности в пище, воде, кислороде, и 27 вторичных, или психологических, потребностей — в признании, доминировании, достижении и др. Мюррей считал, что некоторые потребности являются бессознательными и могут быть измерены только с помощью проективных методов, таких как Тематический апперцепционный тест (ТАТ).

Диспозиционные теории побуждали исследователей к признанию возможности того, что личность частично детерминирована биологическими факторами. Высказывается предположение о наследовании психологических характеристик. В нескольких исследованиях обнаружены корреляции между результатами тестирования личности детей, их родителей и сиблингов. Это нельзя связать с одинаковыми условиями существования, поскольку личности приемных детей обнаруживают больше сходства с их настоящими родителями и сиблингами, чем с членами их новых семей. Далее: идентичные близнецы (с одинаковым набором генов) по некоторым личностным тестам более схожи, чем неидентичные близнецы (с различными генами). Они также более схожи по таким базальным поведенческим характеристикам, как уровень общей активности, общительность, тревожность, эмоциональность, однако не обнаруживают сходства по таким характеристикам, как агрессивность и деструктивность.

Схожесть в чертах и паттернах поведения не означает, однако, существования специфических генов для каждого аспекта личности. Очевидно, что

вместе с физическими чертам люди наследуют и общие предрасположенности к определенному уровню активности, силы, эмоциональности, поиска ощущений, так же как к лево- или правополушарному доминированию, интеллекту, оптимальному уровню бодрствования и когнитивному стилю. Эти предиспозиции и физические черты взаимодействуют затем со средой, в результате чего и формируется специфическая личность. Так, дети, которые наследуют хрупкое тело, с большой вероятностью становятся мишенями для агрессии со стороны других детей. Соответствующий социальный опыт может создать тенденцию к избеганию социальных контактов и развитию интровертированной личности, характеризующейся застенчивостью и предпочтением уединения. С другой стороны, сильные, хорошо сложенные дети более вероятно будут заниматься спортом и участвовать в общественной деятельности, что поможет им развить самоуверенность и смелость. Если слабый ребенок унаследовал еще и предрасположение к робости или интроверсии, а мускулистый ребенок — генетическую тенденцию к общительности и энергичной деятельности, развитие их личностей в различных направлениях будет еще сильнее. Таким образом, наследуется не личность, а сырой материал для ее формирования в процессе жизни [1].

Диспозиционный подход используется для оценки личности и прогнозирования поведения людей. Интервью и проективные методы исследования личности часто сочетаются с диспозиционными измерениями, такими как MMP1, с помощью которых определяется тип психического расстройства, выявляются тенденции к различным видам деструктивного поведения или суицидальным действиям, а также оценивается психическое состояние в судебно-экспертных целях. Диспозиционный подход широко используется также для профессионального отбора. В некоторых странах многие предприятия требуют от поступающих на работу пройти один или несколько личностных тестов. К сожалению, хотя личностные тесты и способны выявить психические расстройства у кандидатов на работу, но они не в состоянии точно предсказать, кто из кандидатов наиболее подходит для данной работы. Диспозиционные концепции используются в судах некоторых стран для отбора присяжных. Однако исследование показало, что присяжные, которые выносят оправдательные приговоры, по личностным параметрам существенно не отличаются от тех присяжных, которые выносят обвинительные приговоры, и что приговоры присяжных, выбранных с участием психологов, не более предсказуемы, чем приговоры присяжных, отобранных обычным способом.

Диспозиционный подход к личности имеет свои слабые стороны, на которые указывают критики. Диспозиционные теории более приемлемы для описания людей, нежели для их понимания. Они не много говорят о человеке как уникальном существе. В этом легко убедиться на примере, который

приводит американский психолог Дуглас Бернштейн. Проверьте вашу реакцию на следующее описание личности, выполненное в рамках диспозиционного подхода: «У вас сильная потребность в том, чтобы другие люди любили вас и восхищались вами. У вас тенденция критически относиться к себе. У вас много неиспользованных возможностей, которые вы не обращаете к своей выгоде... Дисциплинированные и контролируемые снаружи, вы имеете тенденцию к беспокойству и неуверенности внутри себя... Временами вы экстравертированны, приветливы и общительны; временами же вы интровертированны, осторожны и замкнуты...». Не удивляйтесь, если в этом описании вы узнаете самих себя. Когда преподаватели психологии дают расширенную версию этого эскиза личностного теста студентам, почти все они говорят, что это «хорошее» или даже «отличное» описание их собственной личности. Тот факт, что диспозиционные теории личности слишком полагаются на личностные тесты, также явился мишенью для критики. Исследования показали низкую надежность этих тестов, поскольку часто они дают различные результаты в зависимости от состояния испытуемого, его мотивации, а также ситуации тестирования. Подобные результаты особенно тревожат, так как диспозиционные теоретики рассматривают личность как набор относительно стабильных черт. Валидность личностных тестов, особенно степень, с которой они могут давать точные заключения или прогнозировать поведение людей, также ставится под сомнение. В общем, мы не должны ожидать многого от личностных тестов. Ответы испытуемого на эти тесты детерминированы не только личностью, но также и обстоятельствами, при которых проводится испытание.

Поведенческий подход

Психодинамический и диспозиционный подходы, обсуждаемые до сих пор, рассматривают внешнее поведение как *знак* внутренней личности. Поведенческий подход резко отличается от этого положения, приравнивая личность и поведение. Личность, согласно теоретикам поведенческого подхода, является ярлыком для суммы паттернов поведения человека. Вопрос очевидного непостоянства поведения человека решается следующим образом. В отличие от психодинамической и диспозиционной теорий, которые считают, что различные поведения могут отражать одни и те же подлежащие черты, потребности, конфликты или психологическую защиту, бихевиоральная точка зрения предлагает концепцию *ситуационной специфичности*. Другими словами, в различных ситуациях люди способны на разные виды поведения, при этом не все они обязательно совместимы или постоянны. Тем не менее все они являются подлинной частью личности, отражением взаимодействия поведенческих тенденций, приобретенных в процессе научения (или наследованных), с ситуациями жизни.

Джон Уотсон — основоположник радикального бихевиоризма — отталкиваясь от теории условных рефлексов И. П. Павлова, заявил, что все человеческое поведение, от психического расстройства до научного поиска, детерминировано ситуациями научения, с которыми сталкивается ребенок, а не тем, что присутствует от рождения. Сегодня большинство бихевиоральных теоретиков признают, что точка зрения Уотсона была крайней, но все же, изучая личность, они фокусируются на объективно измеряемых поведенческих проявлениях.

Функциональный анализ поведения Б. Ф. Скиннера. **Скиннер** рассматривал взаимодействие между поведением и средой как функциональные отношения и пытался понять эти отношения, применяя функциональный анализ поведения. Например, мальчик в школе бьет других детей. Скиннер говорит, что бессмысленно размышлять о мотивации или личностных чертах, которые могут лежать в основе такого поведения. Он пытался понять такое поведение (и таким образом ребенка), точно анализируя, какие реакции имеют место и при каких условиях они возникают. Внимательное наблюдение приводит к открытию, что агрессия возникает в основном в присутствии конкретного учителя, который останавливает драку. Возможно, что агрессия мальчика подкрепляется излишним вниманием, которое он получает от этого учителя. Это можно проверить экспериментально: поручить ребенка другому учителю и оценить, какое влияние это окажет на его агрессивное поведение. Заметим, что функциональный анализ не описывает личность мальчика, а суммирует, что он получает в качестве награждения (социальное внимание), на какое поведение он способен (бьет других), какими умениями он не обладает (поиск внимания адекватным способом). Скиннер подчеркивает роль оперантного обусловливания, посредством которого поведение формируется его средовыми последствиями. С точки зрения Скиннера, «зависимый» человек — тот, кого награждали за зависимое поведение, так же как «враждебный» — тот, кто получал подкрепление своей агрессии. Та же логика используется для объяснения того, как возникают поведенческие нарушения и психопатологические симптомы.

Когнитивно-поведенческие теории. В когнитивно-поведенческих теориях, помимо классического и оперантного обусловливания, подчеркивается также важность когнитивных переменных. *Теория социального научения Альберта Бандуры* наиболее известна. **Бандура** подчеркивал роль научения с помощью наблюдения за другими людьми. Когнитивные процессы позволяют наблюдать за поведением других людей или слышать о нем и затем подражать этим моделям или отвергать их. Например, в одном эксперименте Бандуры детям показывали короткометражные фильмы, в которых взрослый мужчина или спокойно сидел рядом с надувной куклой, или с ожесточением бил ее. Когда затем детей оставляли в комнате с такой же куклой, то те

дети, которые наблюдали за поведением агрессивной модели, были не только наиболее агрессивны, но часто точно повторяли формы агрессивного поведения, которое они наблюдали («наблюдательное научение»). Поведенческий подход находит практическое применение в поведенческой терапии, прогнозировании поведения, педагогической психологии. Поведенческую терапию характеризуют два основных положения, которые отличают ее от других терапевтических подходов. Первое положение: в основе поведенческой терапии лежит модель научения человеческого поведения — психологическая модель — которая фундаментально отличается от психодинамической, квазинозологической, модели психического заболевания. Второе положение: приверженность научному методу. Из этих положений вытекают следующие последствия: многие случаи патологического поведения, которые прежде рассматривались как болезни или как симптомы болезни, с точки зрения поведенческого подхода рассматриваются как «проблемы жизни». К таким проблемам относятся прежде всего тревожные реакции, сексуальные отклонения, расстройства поведения. Предполагается, что патологическое поведение является в основном приобретенным и поддерживается теми же способами, что и нормальное поведение. Его можно лечить, применяя поведенческие процедуры. Поведенческая диагностика основана на принципе «сейчас», она акцентирует детерминанты настоящего поведения и не занимается анализом прошлого. Специфичность является отличительным признаком поведенческой диагностики: считается, что человека можно лучше понять, описать и оценить по тому, что он делает в конкретной ситуации. Лечение требует предварительного анализа проблемы, выделения в ней отдельных компонентов, затем эти специфические компоненты подвергаются систематическому воздействию поведенческих процедур. Приверженность научному методу подразумевает наличие: ясной концептуальной основы, которая может быть проверена экспериментально; лечения, согласующегося с содержанием и методом экспериментально-психологической психологии; терапевтических техник, которые можно описать с достаточной точностью для того, чтобы измерить их объективно; экспериментальной оценки методов лечения.

Различные подходы в поведенческой терапии отличаются степенью использования когнитивных концепций и процедур. На одном конце этого континуума находится функциональный анализ поведения, который сосредоточивается исключительно на наблюдаемом поведении и отвергает все промежуточные когнитивные процессы. На другом конце — теория социального научения и когнитивная модификация поведения, которые опираются на когнитивные теории. Это позволяет говорить о новом этапе в развитии поведенческой психотерапии, который знаменуется трансформацией ее классической модели, основанной на принципах классического и оперант-

ного обусловливания, в когнитивно-поведенческую модель. Мишенью «чистого» поведенческого терапевта является изменение поведения; мишенью когнитивного терапевта — изменение в восприятии себя и окружающей действительности. Когнитивно-поведенческие терапевты признают и то и другое: знания о себе и мире влияют на поведение, а поведение и его последствия воздействуют на представления о себе и мире.

Например, пациент страдает от чувства неуверенности. В поведенческой терапии ему предложат практиковать новые навыки поведения в тренинге уверенности в себе. В когнитивно-поведенческой же терапии пациенту предложат вначале идентифицировать привычные мысли, которые появляются у него в ситуациях самовыражения. Другим пациентам будет предложено сконцентрироваться на мыслях, вызывающих депрессию, тревогу и другие эмоциональные проблемы. Как только эти дезадаптивные когниции становятся очевидными для пациента, терапевт предлагает заменить их на более адаптивные, которые помогут пациенту выработать более уверенную манеру поведения. Некоторые из этих методов были разработаны самими поведенческими терапевтами. Другие были заимствованы у терапевтов, которые фокусировали внимание полностью на когнитивных процессах, но чьи техники близки к поведенческому подходу. Это — когнитивная терапия А. Бека и рационально-эмотивная терапия А. Эллиса.

Мы уже отмечали, что попытки предсказания поведения человека, используемые психодинамическим и диспозиционным подходами, были безуспешны. Например, предсказания насилия с помощью стандартизированных личностных тестов неоднократно показывали, что они точны только в 33–40% случаев. Поведенческие теоретики утверждают, что наилучшим предиктором поведения является поведение в прошлом в тех же самых обстоятельствах. Люди, совершившие жестокие преступления, с большой вероятностью повторят их вновь. Оценка ситуационных факторов, таких как поощрение преступной деятельности семьей или группой сверстников, безработица, наркомания или обладание оружием, помогает определить, совершит ли человек преступление и насколько жестоким оно будет. Предсказание суицидальных действий также улучшается, если смотреть на них с точки зрения поведенческих, ситуационных и демографических переменных, а не с точки зрения черт личности.

Феноменологический подход

Согласно феноменологическому подходу каждый человек обладает уникальной способностью по-своему воспринимать и интерпретировать мир. На языке философии психическое переживание окружающего называется феноменом, а изучение того, как человек переживает реальность — феноменологией.

Сторонники этого подхода убеждены, что не инстинкты, внутренние конфликты или стимулы среды детерминируют поведение человека, а его личное восприятие реальности в каждый данный момент. Человек — не арена для решения интрапсихических конфликтов и не бихевиоральная глина, из которой, благодаря научению, лепится личность, а, как говорил Сартр: «Человек — это его выборы». Люди сами себя контролируют, их поведение детерминировано способностью делать свой выбор, они сами решают, как им думать и как поступать. Эти выборы продиктованы уникальным восприятием человеком мира. Например, если человек воспринимает мир как дружелюбный и принимающий его, то он, скорее всего, будет чувствовать себя счастливым и защищенным; если же он воспринимает мир как враждебный и опасный, то, вероятно, будет тревожным и дефензивным (склонным к защитным реакциям). Феноменологические психологи рассматривают даже глубокую депрессию не как психическое заболевание, а как признак пессимистического восприятия индивидом жизни.

Фактически феноменологический подход оставляет за пределами своего рассмотрения инстинкты и процессы научения, которые являются общими и для людей, и для животных. Он сосредоточивается на таких специфических психических качествах, которые выделяют человека из животного мира: на сознании, самосознании, креативности, способности планирования, принятия решений и ответственности за них. По этой причине феноменологический подход называется также *гуманистическим*.

Другое важное предположение этого подхода состоит в том, что у каждого человека есть врожденная потребность в реализации своего потенциала, в личностном росте, хотя среда может блокировать этот рост. Люди от природы склонны к доброте, творчеству, любви, радости и другим высшим ценностям. Феноменологический подход подразумевает также, что по-настоящему понять другого человека или его поведение можно только, если попытаться взглянуть на мир глазами этого человека. Феноменологи, таким образом, полагают, что любое поведение человека, даже такое, которое кажется странным, исполнено смысла для того, кто его обнаруживает.

Теория личностного конструкта Джорджа Келли. **Келли** [9] предположил, что восприятие человеком реальности определяется набором усвоенных в результате научения экспектаций. Экспектации формируют *личностные конструкты*, или обобщенные способы предвидения мира. Человек может не отдавать себе отчета в их существовании, но, согласно Келли, природа уникального набора конструктов каждого человека детерминирует его личность и управляет его поведением. Например, если вы руководствуетесь таким простым и общим конструктом, как «люди делятся на хороших и плохих», то ваша точка зрения будет сильно отличаться от позиции человека с таким более сложным конструктом, как «люди могут быть хорошими или

плохими в зависимости от обстоятельств». Если события в жизни развиваются согласно личностным конструктам, соответствуют ожиданиям, то человек чувствует себя комфортно и его конструкты подкрепляются; если нет, то способность человека к точному предвидению событий уменьшается, в результате возникают дискомфорт и тревога. Келли считал, что развитие личности происходит на основе поисков человеком набора конструктов, который позволяет ему точно предсказывать и понимать себя и других.

Теория Я Карла Роджерса. В противоположность точке зрения Келли, которая несла на себе явные отпечатки принципов научения, плодотворная работа **Карла Роджерса** [10, 11, 12] более четко отграничила феноменологический подход от других и сделала его имя почти синонимом этого подхода. Подобно феноменологическим философам и психологам до него, Рождерс предположил, что каждый человек воспринимает реальность как организованное целое. Согласно Роджерсу, личность — это выражение врожденной тенденции индивида к росту, к самоактуализации. Если не препятствовать, этот процесс заканчивается полной реализацией самого высокого потенциала личности. Если же процесс блокируется, этот потенциал не реализуется — и появляются различные проблемы.

Центральным в теории Роджерса является понятие Я — часть опыта человека. Роджерс считает, что люди постоянно оценивают весь опыт как позитивный или негативный в зависимости от того, усиливает ли он самоактуализацию или препятствует ей. У людей имеется естественная тенденция к поиску позитивного опыта и избеганию негативного. Это связано с врожденной реакцией организма на опыт. Ребенок, скорее всего, скажет «я люблю мороженое» потому, что оно вкусное, или «я ненавижу микстуру от кашля» потому, что она невкусная. Ребенок ясно осознает этот опыт и безо всякой натяжки может сказать «я люблю то, что ощущаю хорошим». В терминах Роджерса опыт организма ребенка (телесный, «организмический» опыт) и его Я-опыт согласованы, или *конгруэнтны*. В очень раннем возрасте, однако, дети обретают потребность в одобрении другими людьми, или, как говорил Роджерс, в их позитивном отношении. В результате оценки, даваемые родителями, учителями и другими, начинают входить в оценки детей. Когда оценки других совпадают с собственными, человек не только чувствует позитивное отношение других, но также оценивает себя как «хороший», поскольку заслужил такое одобрение. Результат — ясно идентифицированный и позитивно оцененный опыт Я. Этот Я-опыт становится частью Я-концепции. Но не всегда он протекает так гладко. Если изначально положительное самопереживание (Я-опыт) оценивается другими негативно, то человек должен или лишиться их позитивного отношения, или переоценить свой опыт. Так как положительное отношение со стороны других позволяет человеку положительно относиться к самому себе, то люди часто выбирают

подавление своих подлинных чувств для того, чтобы получить одобрение. Так, маленький мальчик, которого родители ругают за игры в куклы, может принять искаженный Я-опыт: «я не люблю куклы» или «испытывать удовольствие — плохо». Таким образом, личность формируется частично тенденцией к самоактуализации, частично — оценками других. Так, люди начинают любить то, чего от них ожидают, и вести себя так, как от них ожидают. В некоторой степени это адаптивный процесс, позволяющий людям приспосабливаться к обществу. Но часто он требует, чтобы люди подавляли тенденцию к самоактуализации и искажали опыт. Когда чувства, которые люди позволяют себе испытывать или выражать, являются неконгруэнтными их подлинным чувствам, тогда могут возникнуть психологический дискомфорт, тревога или психические расстройства.

Гуманистическая психология Абрахама Маслоу. **Абрахам Маслоу** [13] рассматривал самоактуализацию как высшую в *иерархии потребностей*. Согласно Маслоу, личность отражает перцептуальную ориентацию людей и уровень потребностей, на котором они концентрируют свое внимание и энергию. Он считал маловероятным полную реализацию людьми своего потенциала, если они отвлечены от самоактуализации на реализацию других потребностей. Маслоу отмечал, что большинство людей, в том числе и те, чьи базальные потребности удовлетворены, озабочены поиском того, чего им не хватает. Такая *дефицитная ориентация* приводит к ощущению бессмысленности жизни, разочарованию и скуке. Например, в попытке удовлетворить потребность в любви и привязанности многие люди сосредоточиваются больше на том, что любовь может дать им, чем на том, что они могут дать другому. Это может привести человека к тому, что он будет испытывать ревность к партнеру или превратит партнера в объект уничижения, что даст ему чувство превосходства и власти. В таком случае человек никогда не испытает подлинной любви и безопасности; он всегда будет сосредоточен на том, чего не хватает. У самоактуализирующихся личностей, таких как Альберт Эйнштейн и Элеонора Рузвельт, Маслоу заметил качество, которое он назвал *ориентацией на рост*. Обладатели этого качества сосредоточиваются не на том, чего не хватает, а на получении удовлетворения от того, что имеется. Тот, кто отказывается от дефицитной ориентации, не только избегает тоскливого настроения, но и получает возможность переживать то, что Маслоу назвал *пик-переживаниями*, во время которых человек испытывает большую радость, даже экстаз, от осознания простого факта, что он живет и использует свой потенциал.

Феноменологический подход находит применение в психотерапии, особенно в клиент-центрированной терапии Роджерса и гештальттерапии Фрица Перлза. Идеи феноменологического подхода легли в основу движения гуманистических психологов за актуализацию человеческого потенциа-

ла, воодушевили работу краткосрочных опытных групп, таких как тренинг сенситивности, группы встреч, группы личностного роста, гештальтгруппы и др. В этих группах «нормальным» людям помогают лучше осознать самих себя и стереотипы своего поведения, приступить к ломке ложных барьеров, которые они используют для защиты своего Я, взаимодействовать более естественно с другими людьми. Концепции феноменологического подхода применяются также в образовании. В большинстве школ на учеников смотрят как на пассивных реципиентов информации, которую им отпускают по расписанию без учета индивидуальных потребностей и интересов. Эта система, по мнению Роджерса, может блокировать реализацию потенциала многих учащихся. Роджерс предлагал заменить традиционную роль учителя на роль «фасилитатора», подчеркивая этим, что нужно не столько учить, сколько создавать атмосферу, в которой студенты захотят учиться. Для родителей феноменологический подход разрабатывает программы, предназначенные для помощи в максимальной реализации потенциала их детей. Эти программы обучают родителей воспринимать своих детей в качестве уникальных человеческих существ, наделенных законными требованиями и чувствами, а не созданий, которых необходимо формировать, контролировать, подавлять.

Психология отношений — теоретическая основа отечественной клинической психологии и психотерапии

Из отечественных теорий личности *психология отношений* В. Н. Мясищева [14] занимает особое положение, поскольку на ее основе автором была разработана концепция неврозов и патогенетической психотерапии.

Каждый человек с первых дней своей жизни оказывается включенным в систему объективных отношений окружающих его людей к действительности. Он оказывается включенным и в систему отношений этих людей друг к другу и к нему самому. Постепенно все эти отношения становятся его собственными отношениями — к природе, общественным институтам, труду, общественной и личной собственности, к другим людям, к самому себе. В. Н. Мясищев указывает на то, что зеркального отражения внешних объективных отношений к различным сторонам действительности никогда не бывает, потому что здесь вмешиваются многие факторы, связанные с собственной историей становления данной личности и ее активностью, но интериоризация этих объективных отношений как доминирующая тенденция в формировании личности постоянна. Во многих психологических исследованиях, как указывает А. А. Бодалев, отношение трактуется только в одном

смысле — как эмоциональный отклик определенной силы и знака со стороны человека на объект отношения. На самом деле отношение личности к чему-либо имеет более сложное психологическое содержание. У каждого человека с детства формируется система ценностей, в которой разные стороны действительности имеют для него неодинаковую субъективную значимость, поскольку они по-разному служат удовлетворению имеющихся у него материальных и духовных потребностей. Поэтому-то и ведет себя человек неодинаково, когда сталкивается с разными сторонами действительности. Например, осознав, что перед ним очень значимое для него лицо, человек дает сильный эмоциональный отклик и соответственно ведет себя. В другом случае, столкнувшись с событием, которое он оценивает как малозначимое, человек дает на него слабую эмоциональную реакцию и опять-таки ведет себя соответственно. Таким образом, отношение по существу своему представляет собой единство, своего рода «сплав» знания, переживания и поведения. Другими словами, отношение имеет трехчленную структуру, оно состоит из когнитивного, эмоционального и поведенческого компонентов. Личностные отношения к различным сторонам действительности, которые становятся типичными для человека и проявляются в сделавшихся для него привычными способах поведения, составляют характер этого человека [15]. Отношение, по В. Н. Мясищеву, — это «активная, преимущественно сознательная, основанная на опыте избирательная психологическая связь личности с различными сторонами объективной действительности, выражающаяся в ее действиях, реакциях и переживаниях». Отношение как связь субъекта с объектом едино, но в многообразии отношений выступают более или менее отчетливо отдельные компоненты, которые В. Н. Мясищев называет также сторонами отношения или видами его. Одну сторону основного отношения представляют *потребности*. Потребности, по В. Н. Мясищеву, представляют собой конативную (волевую) тенденцию индивида к овладению объектом. Потребности есть отношения потому, что составляющими компонентами этого понятия являются: а) субъект, испытывающий потребность; б) объект потребности; в) своеобразная связь между субъектом и объектом. В основе этой связи (отношения) лежит определенная функциональная нейродинамическая структура, проявляющаяся в тяготении к объекту и в активной устремленности к овладению им. Вторую сторону основного отношения представляет *эмоциональное отношение*. Оно проявляется в привязанности, любви, симпатии и их противоположностях — неприязни, вражде, антипатии.

Ряд отношений выступает у человека как относительно самостоятельные образования. Сюда относятся *интересы, оценки и убеждения*.

В. Н. Мясищев неоднократно обращал внимание на связь отношения с близкими, но не тождественными понятиями. Сюда относится *направ-*

ленность, которая представляет собой доминирующее, т. е. господствующее и определяющее отношение. В. Н. Мясищев пользовался также термином *значимость.* Преимущественно в социальной психологии встречается термин *ценностная ориентация,* соответствующий понятию оценочных отношений. Достаточно широкое распространение получил термин *позиция,* которым иногда пользовался и В. Н. Мясищев. Близким является также понятие *установки* Д. Н. Узнадзе, т. е. готовности человека к определенной реакции — бессознательной и основанной на потребности. Во всех этих понятиях, указывает В. Н. Мясищев, нет полной согласованности, но видны поиски целостного и обобщающего подхода к исследованию человека в связи с окружающей его, по большей части социальной, средой.

Отношения, определенным образом связанные между собой, образуют систему отношений с индивидуальной значимостью и иерархизацией. Система отношений индивида с окружающей средой, прежде всего с людьми, является, по В. Н. Мясищеву, *основой личности.* Система отношений задает определенные способы поведения и играет в плане целостного поведения направляющую и динамизирующую роль, определяя таким образом социальное функционирование и адаптацию личности в самом широком диапазоне, что и является ее важнейшей функцией.

В. Н. Мясищев выделяет основные классы, или подсистемы, системы отношений:

1) отношение к миру явлений и предметов;
2) отношение к другим людям;
3) отношение к себе.

Следует подчеркнуть особое значение такой характеристики, как отношение к себе. Формируясь в процессе деятельности, познания и общения, становясь все более точным и реалистичным, отношение к себе выступает как специфическая образующая самосознания, как важный внутренний фактор формирования и полноценности функционирования личности, обеспечивающий ее целостность и единство.

В. Н. Мясищев выделяет четыре компонента характеристики личности:

1. *Доминирующие отношения* личности. Доминирующие отношения связаны с вопросом о том, для чего живет человек, что для него является смыслом жизни: руководит ли им социальный идеал блага, либо цели личного преуспевания, либо человек не ставит перед собой отдаленных задач и целей, едва справляясь с повседневными заботами.
2. *Психический уровень* человека. Это уровень желаний и уровень достижений. Определить данный уровень — значит, ответить на вопросы: чего достиг человек, каковы его возможности, какой след он оставил в жизни общества, иначе говоря, каково историческое значение лично-

сти. Богатство личности неразрывно связано с ее сознательностью и ее самосознанием, под которым подразумевается способность личности правильно отражать действительность в ее настоящем и прошлом, а также предвидеть будущее, правильно оценивать себя самого и свое место в действительности.

Уровень развития личности одновременно является уровнем развития ее функциональных возможностей, ее интеллектуальных, волевых и эмоциональных свойств.

3. *Динамика реакций* личности. Она соответствует тому, что в психологии называется темпераментом, а в физиологии И. П. Павлова — типом высшей нервной деятельности. В. Н. Мясищев подчеркивает, что, во-первых, темперамент проявляется во всех сторонах личности, в том числе в ее интеллектуальной и идейной жизни; во-вторых, темперамент обнаруживается лишь в области активных отношений личности; в-третьих, темперамент также может меняться под влиянием жизненных условий.
4. *Взаимосвязь основных компонентов*, или *общая структура* личности. Сюда относятся пропорциональность, гармоничность, цельность личности, ее широта и глубина, ее функциональный профиль, т. е. соотношение различных свойств психики, или то, что по преимуществу называют характером личности.

Разрабатывая теорию личности, В. Н. Мясищев уделяет внимание также вопросу ее развития. Первые шаги развития ребенка протекают обычно в семейной среде. Здесь устанавливаются первые общественные связи. В дальнейшем развитие ребенка может пойти путем расширения положительных общественных связей, переключения на более широкую общественную среду, например, школьную. Общественный контакт, его прочность, устойчивость, объем (широкий, ограниченный или избирательный), замкнутость, сосредоточенность на себе, индифферентизм, агрессивные установки — все это обусловлено опытом общественного развития ребенка. Поведение, исходящее из мотивов личного или общественного интереса, отражает одновременно и уровень развития отношений, т. е. общественного сознания, и их направленность. Это отношение, формируясь в процессе общественно-трудового опыта и в связи с его особенностями, отливается в систему взглядов материалистически-реалистическую или мистически-идеалистическую. Способ включения в общественную деятельность, в частности, степень, форма, возраст привлечения к труду, радикально отражаются на всем взаимоотношении личности и действительности, рано формируют рабочие или паразитарные установки, трезвый или мистически-нереальный взгляд на вещи, действенность или пассивность — словом, всю структуру личности ребенка.

Концепция личности как системы отношений явилась методологической основой для разработки теории патогенетической психотерапии неврозов.

На долю этого метода психотерапии выпала трудная судьба. В. Н. Мясищев разработал социально-психологическую концепцию невроза и психотерапии в 1935–1939-х гг. В последующие годы в нашей стране предпринимались попытки замены психологии физиологией высшей нервной деятельности. Основными методами психотерапии стали гипноз и аутогенная тренировка, применение которых научно легко обосновывалось с позиций физиологии высшей нервной деятельности. Патогенетическая психотерапия (как «психогенетическая») по существу была оставлена. В этих условиях происходило формирование менталитета новых поколений психиатров. Авторы учебников по психиатрии, как правило, определяют неврозы как «психогенно обусловленные функциональные расстройства нервной системы». При этом личность больного или игнорируется, или подменяется такими понятиями, как «темперамент», «конституция», «тип высшей нервной деятельности», в лучшем случае — «акцентуация характера». И хотя в конце 50-х — начале 60-х гг. идеологическое давление на науку уменьшилось и как будто возникли условия для развития патогенетической психотерапии, в силу инертности во взглядах на неврозы оставалась доминирующей (и в среде психиатров остается до сих пор) нейродинамическая концепция И. П. Павлова. Интересно, что сам И. П. Павлов не отвергал психогенетического понимания невроза. У него есть замечательная фраза, которую часто в своих статьях цитировали ученики В. Н. Мясищева для защиты от возможных обвинений их в симпатиях к фрейдизму. «Может случиться, — говорил великий физиолог на одной из клинических сред, — что и сам больной генезиса своей навязчивости не знает, позабыл или не догадался об этой связи. Связь существует, а как взялась — не известно». Анализируя истории больных неврозами, И. П. Павлов выходил за пределы нейродинамики, придавал большое значение переживаниям человека, свойствам его характера и социальному окружению. Источники невроза он искал как в особенностях мышления больного, так и в его жизненных стремлениях, а также в условиях работы.

В рамках патогенетической концепции В. Н. Мясищева невроз — это не только нарушение функционирования какого-либо органа или системы, не следствие блокирования одной, пусть даже ведущей, потребности, не результат определенных «невротических черт», а глобальное личностное нарушение, проявляющееся в специфических клинических феноменах (Г. Л. Исурина). Невроз — это болезнь личности, общее личностное расстройство, возникающее вследствие нарушения системы отношений. Невроз — это психогенное заболевание, поскольку существует связь между клинической картиной невроза, особенностями системы отношений и патогенной конфликт-

ной ситуацией пациента. Нарушения системы отношений формируются в процессе индивидуального развития под воздействием факторов самой разнообразной природы. Наибольшее значение имеют эмоционально-психологические воздействия в детстве и на протяжении всей дальнейшей жизни человека. Однако не всякое нарушение системы отношений или отдельного отношения ведет к неврозу. И дело здесь не столько в глубине этих нарушений, сколько в том, каково его место в иерархии системы отношений, какова его значимость для личности. Нарушенные отношения являются источником болезненного переживания лишь в том случае, если они занимают центральное или, по крайней мере, значимое место в системе отношений личности к действительности. Их значимость является условием аффективного напряжения и аффективной реакции. Нарушенная система отношений — особенно в том случае, если неадекватными являются наиболее значимые для личности отношения — не позволяет человеку конструктивным образом разрешать возникающие внутренние конфликты, что приводит к возникновению нервно-психического напряжения и к конфликтам в сфере межличностного взаимодействия. Нарастающее нервно-психическое напряжение влечет за собой функциональную дезорганизацию личности — психологическую и физиологическую, которая проявляется как на личностном уровне, так и на уровне физиологических сдвигов, т. е. в психологических и клинических феноменах.

Главной целью патогенетической психотерапии является реконструкция системы отношений, нарушенной в процессе развития личности под воздействием социальных факторов, прежде всего искаженных межличностных отношений в родительской семье. В своей последней статье В. Н. Мясищев (1973) определил цели патогенетической терапии более масштабно, чем прежде: принцип лечения заключается в переделке личности в процессе общения и совместного труда и быта.

Заслуга В. Н. Мясищева в том, что он произвел коренную ревизию ортодоксального психоанализа, преодолев его биологическую направленность и создав социально-психологическую модель психотерапии. Среди тех, кто стремился придать психоанализу более «культурное лицо», В. Н. Мясищев был наиболее последовательным и радикальным преобразователем: сохранив понятие интрапсихического (психодинамического) конфликта, он отбросил вольные интерпретации психоанализа, основанные на *мифологии*, заменив их анализом *реальных* жизненных отношений. Интрапсихические конфликты описываются В. Н. Мясищевым не по содержанию, как у З. Фрейда, а по структуре. Задача психотерапевта заключается в том, чтобы наполнить интрапсихический конфликт содержанием, почерпнутым из конкретной жизненной ситуации пациента и анализа его системы отношений.

Огромный поток информации в области психотерапии и психологии, хлынувший в Россию в последнее десятилетие, широкое распространение новых методов психотерапии оттеснили наш отечественный подход. Однако у патогенетической психотерапии есть будущее, и оно связывается, по нашему мнению, с настоящей ситуацией в психотерапии, которая характеризуется стремлением к интеграции различных методов психотерапии. Многие психотерапевты, работая в рамках выбранного ими психотерапевтического подхода, заимствуют те или иные методы из других подходов, что продиктовано стремлением повышения эффективности психотерапии. Патогенетическая терапия обладает большим потенциалом дальнейшего развития в качестве научно-методологической основы для интеграции различных подходов психотерапии.

В развитии патогенетической психотерапии можно выделить три этапа. Первый этап связан с деятельностью самого В. Н. Мясищева, его учеников и последователей (Р. Я. Зачепицкий, Б. Д. Карвасарский, А. Я. Страумит, Е. К. Яковлева и др.) и характеризуется разработкой модели индивидуальной патогенетической психотерапии. В ходе патогенетической психотерапии решалась в основном задача осознания нарушенных особо значимых отношений личности и возникающих на этой основе в психотравмирующей ситуации интрапсихических конфликтов. Возможности же коррекции нарушенных отношений в ситуации диадного взаимодействия «терапевт—пациент» были ограничены, в силу чего конечная цель патогенетической психотерапии — реконструкция личности — не могла быть реализована в полной мере и носила, скорее, декларативный характер. Второй этап (70–80-е гг.) — развитие модели групповой патогенетической психотерапии — связан с деятельностью Б. Д. Карвасарского и руководимого им коллектива (Г. Л. Исурина, В. А. Мурзенко, В. А. Ташлыков и др.). Широкие возможности, которые предоставляла групповая динамика для реконструкции нарушенной системы отношений, вызвали необходимость в переименовании патогенетической психотерапии в личностно-ориентированную (реконструктивную) психотерапию Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова [16]. Модель начинает приобретать черты интегративной: интеграция групповой динамики в систему патогенетической (рациональной) психотерапии. Наконец, третий, современный, этап ознаменован целенаправленными попытками создания интегративной модели личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии [17]. Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия является системой, открытой для интегрирования с различными психотерапевтическими подходами. Будучи структурой, первично лишенной содержания, она представляет собой своеобразную методологическую основу интегративной психотерапии — структуру, которая, подобно периодической системе Менделеева, постепенно на-

полняется новыми элементами. Объектом психологического воздействия патогенетической психотерапии являются нарушенные отношения личности. Поскольку отношение, по В. Н. Мясищеву, характеризуется трехчленной структурой — наличием когнитивного, эмоционального и поведенческого аспектов — спектр психологического воздействия при интегративном подходе значительно расширяется: для решения задач коррекции отношений в каждом из трех аспектов могут привлекаться приемы психологического воздействия из различных психотерапевтических направлений и подходов. При этом различные психотехники выполняют тактические задачи, способствуя достижению основной стратегической цели — реконструкции нарушенной системы отношений человека.

Разработка интегративной модели психотерапии и психокоррекции является одним из основных направлений работы кафедры медицинской психологии Санкт-Петербургской академии последипломного образования. Для решения задач личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии могут быть привлечены в первую очередь принципы и методы феноменологической психотерапии (клиент-центрированной психотерапии Роджерса, гештальттерапии Перлза), когнитивно-поведенческой терапии (в частности, рационально-эмотивной терапии Эллиса, когнитивной терапии Бека), динамической психиатрии Гюнтера Аммона. В рамках разработки проблемы реабилитации психически больных Институт им. В. М. Бехтерева установил еще в 80-е гг. тесные связи с психиатрической клиникой Ментершвайге (Мюнхен), возглавляемой известным психиатром и психотерапевтом Гюнтером Аммоном. Динамическая психиатрия представляет собой синтез психоанализа, психиатрии и групповой динамики. Социально-психологическую модель динамической психиатрии сближает с нашим подходом основной тезис Аммона: «Психика есть совокупность групподинамических отношений». В динамической психиатрии основная роль в реконструкции отношений психически больных пациентов отводится воздействию на их личность психотерапевтического коллектива (психотерапевтического сообщества), прежде всего в процессе совместной социально полезной деятельности. Эти принципы и методы, созвучные психологии отношений В. Н. Мясищева и идеям и практике А. С. Макаренко, делают динамическую психиатрию привлекательной для нас. Западная эмпирическая психология и психотерапия, несмотря на исходные спорные теоретические положения, накопила большой фактический материал, который может быть включен в систему интегративной личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии. Здесь важно проявлять известную осторожность и разборчивость, чтобы привлекаемые для интеграции принципы и методы не противоречили основным целям и задачам личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии.

Список литературы

1. *Bernstein D. A.* et al. Psychology. Boston: Houghton Mifflin, 1988.
2. *Фрейд З.* Психология бессознательного. Сборник произведений. М., 1989.
3. *Юнг К.* Аналитическая психология. СПб., 1994.
4. *Adler A.* The practice and theory of individual psychology. New York: Humanities, 1929.
5. *Хорни К.* Невротическая личность нашего времени. Самоанализ. М., 1993.
6. *Fromm E.* Escape from Freedom. New York: Farrar, 1941.
7. *Sullivan H. S.* The interpersonal theory of psychiatry. New York, 1953.
8. *Ammon G.* Handbuch der Dynamischen Psychiatrie. Muenchen, 1982.
9. *Kelly G. A.* The psychology of personal constructs. New York: W. W. Norton, 1955.
10. *Rogers C. R.* Counseling and psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin, 1942.
11. *Rogers C. R.* Client-centered therapy. Boston: Houghton Mifflin, 1951.
12. *Роджерс К.* Взгляд на психотерапию. Становление человека. М., 1994.
13. *Maslow A. N.* Motivation and personality. New York: Harper & Row, 1954.
14. *Мясищев В. Н.* Личность и неврозы. Л., 1960.
15. *Бодалев А. А.* Психология о личности. М., 1988.
16. *Карвасарский Б. Д.* Психотерапия: Учебник. СПб., 2000.
17. Интегративные аспекты современной психотерапии. СПб., 1992.

Глава 2

От ортодоксального психоанализа к патогенетической психотерапии В. Н. Мясищева

Фрейд неоднократно признавался в том, что он мог свободно постулировать любую концепцию, пока наука не опровергла ее или не признала негодной. С течением времени, однако, чисто умозрительное решение Фрейдом проблемы человеческой психики приходило в вопиющее противоречие с накапливающимися научными фактами, что привело в результате к ревизии психоанализа. Процесс этот продолжается и по сей день. Однако, несмотря на глубокий кризис, в котором психоанализ пребывает несколько десятков лет и благодаря отчаянным попыткам его адептов преодолеть этот кризис, к нему вполне применим лозунг: «Психоанализ умер, да здравствует психоанализ!» Живучесть психоанализа, вероятно, связана с позицией «верую, ибо абсурдно». Для тех же, кому «истина дороже», мы предлагаем проследить эволюцию идей Фрейда с тем, чтобы отделить «зерна от плевел» и взять от психоанализа все, что не противоречит здравому смыслу и современным научным знаниям.

Впрочем, работа по преодолению фрейдизма и различных его модификаций уже проделана и результатом ее является разработанная еще в 30-е гг. патогенетическая психотерапия В. Н. Мясищева и созданная на ее основе в 70-е гг. личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия (Б. Д. Карвасарский, Г. Л. Исурина, В. А. Ташлыков). Тем не менее многие молодые (и не совсем молодые) врачи и психологи, даже не удосужившись познакомиться с этим направлением отечественной психотерапии, решили пополнить ряды психоаналитиков, чему в немалой степени способствовала, между прочим, реализация Указа Президента от 1996 г. «О возрождении и развитии психоанализа» в России. А между тем известный польский психотерапевт профессор С. Ледер — большой друг и в прошлом частый гость Института им В. М. Бехтерева — называл патогенетическую психотерапию не иначе

как «советский психоанализ»! В какой степени это заявление соответствует истине, к какому направлению мировой психотерапии следует отнести патогенетическую психотерапию и каковы перспективы дальнейшего ее развития — вот те вопросы, на которые мы попытаемся ответить в этой главе. Критически осмыслить психоанализ — ортодоксальный и реформированный — нам поможет прежде всего обращение к таким замечательным книгам, как «Крах психоанализа» Г. Уэллса [1] и «Теории личности в зарубежной психологии» Б. В. Зейгарник [2].

Ортодоксальный психоанализ

С самого начала фрейдизм был тесно связан с антропологией. Фрейд сам искал биологическую основу своей системы в искусственных антропологических теориях британской так называемой эволюционной антропологии, особенно в теориях Роберта Смита. В ортодоксальной фрейдовской системе существовало два ряда теорий: один из них касался элементов индивидуального бессознательного, другой — компонентов родового бессознательного. Они сочетались между собой таким образом, что каждый элемент индивидуального бессознательного покоился, как на фундаменте, на соответствующем компоненте родового бессознательного. Считалось, что врожденные влечения и табу, рассматриваемые как характерные проявления индивидуального бессознательного современного человека, биологически унаследованы от первобытной орды смутно различимого прошлого человеческой эволюции. Например, стремление к кровосмешению и табу, запрещающее кровосмешение, имеют якобы своим источником восстание сыновей против тирана-отца, во время которого отец был умерщвлен, а сыновья сделали матерей и сестер своими сексуальными объектами. Возникший хаос привел к тому, что братья заключили между собой договор, объявляющий кровосмешение противозаконным. Таким образом, оба исходных элемента эдипова комплекса теоретически связывались Фрейдом с мифом о первобытной орде, а их неукротимая психическая сила выводилась им из этого далекого источника.

Так же обстояло дело в отношении любого врожденного элемента индивидуального бессознательного. Утверждалось, что все это — индивидуальное воплощение черт родового бессознательного. Родовое бессознательное является якобы хранилищем раннего опыта человека, выходящего из животного состояния. Судьба отдельного человека должна повторять историю этой эволюции. Родовое бессознательное, имманентно присущее каждому индивиду, включает предопределенные фазы и проявления в виде врожден-

ных воспоминаний, обусловливающие путь развития, который должен пройти каждый ребенок прежде, чем стать взрослым.

Эволюционный, филогенетический процесс был процессом подавления влечений первобытной орды. Утверждалось, что цивилизация — это продукт такого сексуального подавления и сублимации либидинозной энергии в производительные и творческие каналы. Онтогенетический процесс развития происходит таким же образом. Младенцы и дети по этой теории — это маленькие, обладающие неподавленными инстинктами существа первобытной орды с доисторическими стремлениями к кровосмешению и преобладающими оральными и анальными сексуальными фазами. Считалось, что эмоции и поведение их имманентно подвластны первобытному человеку, неизменно живущему в каждом ребенке. Взросление достигается только за счет подавления того, что фактически слишком сильно, чтобы быть подавленным. Детские сексуальные стремления к кровосмешению и гомосексуализму должны подавляться ребенком в возрасте от 1 года до 3 лет. Ребенок также должен подавить предопределенный первобытной фазой человеческой эволюции страх перед кастрацией от руки своего отца, а также ревность к отцу и желание ему смерти. Это труднопреодолимая, если не безнадежная задача для маленького одно-, двух- или трехлетнего ребенка, ибо ему нужно подавить не что иное, как родовую историю человечества, существующую ныне как его собственное маленькое бессознательное Оно.

То, как ребенок совершает такой подвиг, предопределяет, согласно данной теории, течение его взрослой жизни. Задача эта настолько нереальна, что неизбежным следствием ее является всеобщий невроз. Человек первобытной орды с подавленными влечениями постоянно стучится в ворота сознания и, пользуясь окольными и замаскированными путями, находит свое выражение в тревожных сновидениях и невротических симптомах.

Главная особенность ортодоксальной фрейдовской системы заключалась в однозначном соответствии между элементами индивидуального бессознательного и компонентами родового бессознательного. Ярким выражением этой особенности являлась теория, согласно которой каждый человек в своем развитии повторяет историю рода.

Ортодоксальная фрейдовская система мысли была совершенно лишена внутренних противоречий. Это — свидетельство творческой последовательности ее автора. Однако внутренняя логика, сила и симметричность теории достигались ценой игнорирования многих уже приобретенных человеком знаний. Они были куплены ценой противоречия с такими науками, как биология, физиология, медицина, антропология, социология, история и экспериментальная психология. Наиболее очевидным и ярким проявлением нарушения законов науки была доктрина родового бессознательного с ее мифом о первобытной орде. Под единодушными ударами ученых, особенно

антропологов, теоретики психоанализа были вынуждены отступить. Они отбросили ту часть фрейдовского учения, которая касалась источников индивидуальных бессознательных влечений, воспоминаний, фаз и табу. Чтобы преодолеть противоречие с наукой, в жертву было принесено родовое бессознательное, т. е. сдана первая линия обороны. Но, отступая, теоретики-аналитики на ходу перегруппировали свои силы на второй линии обороны. Необходимо было любой ценой защитить врожденные, бессознательные психические структуры, ибо без них не было бы фрейдизма [1].

Эго-психология. Классический психоанализ

К числу ведущих теоретиков ревизованного психоанализа относятся: в Америке — Франц Александер, Карл Меннингер, Абрам Кардинер, а в Европе — дочь Фрейда Анна Фрейд (Англия) и Хайнц Гартман (Германия). Ограничимся обзором концепций двух последних авторов. Обе ревизии касаются так называемых «вторичных» функций Эго. Обе приведут позднее к реформации психоанализа.

Сам Фрейд делал основное ударение на Оно (Ид) и игнорировал Эго. Однако с 1936 г. в психоаналитической литературе начали уделять большее внимание Эго — и последнее стало предметом всестороннего и глубокого изучения. Это привело к ревизии ортодоксального фрейдизма, в результате которой значительно бóльшая роль стала отводиться Эго, но при этом по-прежнему сохраняла силу основанная на инстинкте теория секса и агрессивности. Работа над теорией Эго шла в двух направлениях. Одно разрабатывало фрейдовскую идею о защитных механизмах как функции Эго. Это направление возглавила Анна Фрейд. Другое занималось вторичными функциями Эго: рациональным мышлением и действиями, восприятием, вниманием, познанием, памятью. Глава этого направления — Хайнц Гартман, сторонники — Э. Криз, Р. Левенштейн и Д. Рапапорт.

Фрейд утверждал, что единственной защитой против неприемлемых сексуальных и агрессивных влечений является их вытеснение из сознания. Однако в последние годы он пришел к выводу, что Эго располагает многими механизмами самозащиты от угрозы со стороны Ид и что вытеснение выступает лишь как один из них. Фрейд не развил эту концепцию и не определил различные механизмы. Таким образом, с точки зрения ортодоксального психоанализа терапия оставалась средством обнаружения и освобождения вытесненных инстинктивных влечений. Однако в 1937 г. Анна Фрейд опубликовала маленькую книжку под названием «Эго и механизмы защиты» [3]. В этой книге она рассматривает Эго скорее как структуру, развивающуюся

в ходе жизни, чем как результат биологической наследственности. Таким образом, Эго ребенка формируется в ранние годы, и в течение этого периода Эго сталкивается с опасностями, идущими изнутри и извне, от инстинктивных влечений и из внешнего мира, и вырабатывает свои собственные особые механизмы защиты от них. Среди этих механизмов наряду с классическим механизмом вытеснения существуют: *формирование реакции, изоляция, уничтожение, отрицание реальности, компромисс* и *смещение*.

Учение о защитных механизмах повлекло за собой дополнение к фрейдовской терапии обнаружения и освобождения вытесненных влечений. Собственные защитные механизмы отдельного пациента также должны опознаваться и анализироваться. Так, в дополнение к импульсам Ид Анна Фрейд включила в психоаналитическую схему защитные механизмы Я. Таким образом, всякое данное поведение может быть частью механизма Я или проявлением инстинктивного Ид. Далее, если классическое вытеснение рассматривалось как защита исключительно от болезненных инстинктивных проявлений секса и агрессии, то механизмы Эго рассматриваются двояко: направленные как вовнутрь, против инстинктов, так и вовне, против окружающего мира. Причем угрозу со стороны инстинкта Анна Фрейд считала главной.

Это был лишь следующий, хотя и большой, шаг в направлении отказа от теории инстинктивных сексуально-агрессивных влечений, однако *теоретической основой ревизионистов любой школы по-прежнему остается скорее инстинкт, чем окружающая среда или культурные факторы*.

Другим шагом в преодолении теоретических трудностей было усиление акцента на вторичных процессах Я. Фрейд с пренебрежением относился к тому, что составляет классический предмет психологии: к мышлению, памяти, восприятию, сенсомоторной деятельности и поведению в целом. В силу необходимости некоторые результаты академической экспериментальной психологии рано или поздно должны были войти во фрейдовскую систему, и в свое время «вторичные процессы Я действительно оказались основным объектом исследования. Хайнц Гартман провел первые исследования в этой области и опубликовал их в 1939 г. в статье «Эго-психология и проблема адаптации» [4].

Гартман стремился восполнить относительное игнорирование Фрейдом вторичных процессов Я. Фрейд рассматривал такие функции, как чувственное восприятие, моторную деятельность и мысль, как в основном подчиненные инстинктивным сексуальным и агрессивным влечениям. Таким образом, Фрейд отводил психологическим функциям роль, подчиненную «принципу удовольствия» Ид. Он говорил о «принципе реальности» Эго, отражении внешнего мира в сознании через посредство ощущений и мысли,

но рассматривал его только в связи с сексуальными и агрессивными действиями и влечениями.

С другой стороны, Гартман настаивал на первостепенной важности *адаптивной* функции чувственного опыта, мышления и поведения. Он говорит, что маленький ребенок получает большое удовольствие от того, что двигает ручками и ножками, наблюдает предметы, делает открытия в непосредственно окружающем его объективном мире, ползает и ходит, заучивает слова и язык вообще, запоминает, подражает и т. д., а также манипулирует своими гениталиями или утаивает позывы кишечника от заботливой матери. Такие «удовольствия» не являются «обусловленными инстинктами», а скорее непосредственно связаны с адаптацией к окружающей среде, которую Гартман считает основной функцией организма. Тем не менее Гартман считает, что если у маленького ребенка психические адаптивные функции чувственного опыта и мышления, по существу, не зависят от инстинктивных сексуальных и агрессивных влечений, то, когда ребенок достигает зрелости, они становятся связанными с инстинктом, если не подчиняются ему. Таким образом, он не отрицает фрейдовского либидо и инстинкта смерти. Он скорее дополняет классическую систему психоанализа «вторичными функциями» Я.

Ревизованный психоанализ — это психоанализ без родового бессознательного. Это половина оригинальной фрейдовской теории — врожденные психические влечения и воспоминания, оторванные от их источника в первобытном человеке. В Соединенных Штатах ревизованный психоанализ — это классический психоанализ [1].

Индивидуальная психология

Следующим закономерным этапом эволюции психоанализа явился отказ от *врожденных* бессознательных психических структур со смещением акцента на роль социальных и культурных факторов в их развитии.

Создатель «*индивидуальной психологии*» Альфред Адлер [5] пришел к заключению, что не ущемление инфантильного сексуального комплекса лежит в основе невроза, а конфликт между стремлением к власти и чувством собственной неполноценности, который решается невротиком путем «бегства в болезнь». Он утверждал, что всякий невроз есть не что иное, как попытка освободиться от чувства неполноценности и обрести чувство превосходства. Чувство неполноценности является универсальным, это идет из детских переживаний собственной слабости, уязвимости и зависимости. Адлер исходил из известной биологической закономерности, заключающейся в компенсации неполноценности органа путем его избыточного функционирования или усиленного функционирования парного органа,

например, гипертрофия сердечной мышцы при пороке сердца, избыточное функционирование почки при выпадении функции другой почки. Чувство неполноценности — полностью социально мотивированное чувство, это «стимул к здоровому, нормальному стремлению и развитию».

В более поздних работах Адлер различает чувство неполноценности и *комплекс неполноценности*. Последний он рассматривает как патологический результат развития чувства неполноценности, своеобразную болезнь личности, где неполноценность приобретает хронический гипертрофированный характер. Чувство неполноценности возникает из-за врожденных дефектов в развитии телесных органов, а также из-за неправильного воспитания в детстве: избалованности, отвержения, сурового отношения и т. п. Комплекс неполноценности лежит в основе невроза. Тесно связан с патологическим комплексом неполноценности комплекс превосходства. Вследствие выраженного чувства неполноценности возникают поведенческие, аффективные и связанные с мышлением проявления превосходства. Сюда относятся презрение, тщеславие, тирания, унижение других, гнев, высокомерие, снобизм, невнимание к окружающим. Все это входит в симптомокомплекс неврозов. Адлер смотрит на невроз не как на болезнь, а как на своеобразный характер. Уже в детстве у ребенка, нелюбимого, униженного, не получающего необходимой ему заботы и ласки, возникает чувство неполноценности, которое проявляется в определенном, по Адлеру, «жизненном стиле», составляющем основу «невротического характера».

Эта *«невротическая диспозиция»*, которая лежит не только в основе невротического характера, но и всех психических расстройств, выражается в следующем. Индивид с ложными представлениями о себе и окружающем мире, т. е. ошибочными целями и ошибочным жизненным стилем, при столкновении с трудными ситуациями будет склонен к различным формам аномального поведения, нацеленного на поддержание своего мнения о себе. Ошибочным является центрирование на себе без учета взаимодействия между людьми. Индивид не осознает этих процессов. Невротические симптомы, часть невротической диспозиции, выполняют охранительную функцию — поддерживают самооценку, а также служат оправданием неудач, например: «я не могу этого сделать из-за сильной тревоги». Чтобы излечить невротика, надо вскрыть источник его невроза и разоблачить основу и сущность его «жизненного стиля», его ложные, «фиктивные» жизненные цели. Чтобы понять сущность синдрома и поведения невротика, терапевт должен выяснить, какой фиктивной цели больного служат синдром, манера поведения, характерная ситуация в сновидениях.

Таким образом, невроз, по Адлеру, развивается тогда, когда субъект, не способный добиться превосходства, безотчетно создает свой клинический синдром либо с целью избежать ситуации, при которой обнаруживается его неполноценность, либо с целью подчинить себе окружающих, как бы

шантажируя их, и таким образом добиться признания своего Я, добиться самоутверждения. В то время как нормальный человек ставит себе более или менее реальные, достижимые цели, невротик ставит перед собою фиктивные цели, основанные на заведомо нереальных требованиях, осуществлению которых мешает якобы его болезнь [6].

Все описанные Фрейдом сексуальные «комплексы» Адлер трактует в свете «неполноценности». Вот как, например, он критикует «эдипов комплекс» Фрейда. Тема ненависти, ревности к отцу и инцестуозного влечения к матери, несомненно, может присутствовать в сознании и бессознательном некоторых индивидов как результат деформации семейных отношений, невротизма и агрессивности кого-либо из родителей, но очень трудно доказать, что эдипова «конфигурация» влечений универсальна. Скорее можно утверждать, что в своих стремлениях к идентификации с отцом и матерью дети обоих полов стремятся как-то согласовать, примирить образы своих родителей и выдвигаемые ими требования. Они бывают травмированы, когда им предлагают идентифицировать себя с одним из родителей и отречься от другого. Если какая-нибудь болезненная, неуверенная в себе девушка хочет находиться рядом с отцом, это просто есть стремление находить поддержку там, где она находила ее раньше, — у отца, который всегда будет ее любить и защищать. Эта девушка может уклоняться от рискованных любовных отношений с молодыми людьми и предпочитает общество отца. Но в этом совсем не обязательно усматривать стремление к инцесту.

Теория Адлера страдает, как и теория Фрейда, неоправданной претензией на всеобщее значение. Признавая «объяснительную силу» адлеровского принципа неполноценности, следует видеть и его ограниченность. Фрейд, возражая Адлеру, отмечал, что многие дети не только не чувствуют своей неполноценности, но, напротив, развивают нарциссизм, видят себя в «центре мира», в фокусе внимания окружающих. Многие уродливые, больные, лишенные зрения, с ампутированными ногами или руками люди, как это ни странно, не чувствуют себя ущербными. Вообще, легче встретить человека излишне самоуверенного, чем страдающего комплексом неполноценности [7].

Неустанный пропагандист и популяризатор своей «индивидуальной психологии», Адлер, хотя и не добился такого широкого и устойчивого признания, как Фрейд, оказал все же большое влияние на психологическую и педагогическую мысль.

Печать влияния Адлера лежит на концепциях неофрейдизма в США. Врачей и педагогов привлекала близость к жизни и практическая установка адлеровских идей, отрицание им фрейдовского «пансексуализма» и того чрезмерного значения, какое Фрейд придавал бессознательному началу. Прочно укоренилась в теории и практике психотерапии адлеровская идея о сверхкомпенсации чувства неполноценности как черты, характерной для многих случаев невроза [6].

Неофрейдизм

Американские реформаторы психоанализа Карен Хорни, Эрих Фромм и Гарри С. Салливен продолжили путь Адлера. Они отказались от врожденных воспоминаний, структур и предопределений и предприняли попытку переформулировать фрейдовскую теорию в терминах социологии. Предметом интереса Хорни и Фромма являлись связи между личностью, индивидуальным развитием и социальной структурой. Салливен занимался изучением роли интерперсональных отношений в формировании поведения и личности.

В рамках настоящего обзора наибольший интерес представляет анализ системы Карен Хорни. Хорни родилась в Германии и сначала была строгой последовательницей Фрейда, но, переехав в 30-х гг. в Соединенные Штаты, она обратила внимание на то, что неврозы и сам склад людей в этой стране во многом отличаются от того, что она наблюдала в европейских странах. Это различие она объяснила разницей цивилизаций. Кроме того, у нее возникли сомнения по поводу постулатов Фрейда в отношении женской психологии, что заставило ее задуматься над ролью культурных факторов. В результате она пришла к заключению, что неврозы вызываются культурными факторами [8, 9].

С этой «культурной» позиции Хорни критикует Фрейда по двум связанным между собой вопросам. Во-первых, она критикует его за «чрезмерное подчеркивание биологического происхождения психических явлений» и, во-вторых, за «игнорирование культурных факторов». Хорни призывает аналитиков «отбросить некоторые исторически обусловленные теоретические предпосылки и отказаться от теорий, возникших на этой основе». К тем, которые следует отбросить, она относит предпосылки, сделавшие психоанализ *инстинктивной* и *генетической* психологией. Кроме того, считает она, следует отказаться от структурного деления психики на Ид, Эго и Суперэго. Отказ от этих основных предпосылок влечет за собой отказ от всех тех теорий, которые были сформулированы на их основе. К ним относятся: теория либидо со всеми вытекающими из нее теориями сексуальных инстинктов; теории инстинктов смерти и агрессии; теория предопределяющей роли детства с его инфантильно-сексуальными фазами (оральной, анальной и генитальной), а также с фиксациями, регрессиями и навязчивым повторением; концепция нарциссизма; эдипов комплекс и его многочисленные ответвления; вся область разработанной Фрейдом женской психологии и сексуальная этиология неврозов. Она не считает нужным упоминать о таких архаических теориях, как миф о первобытной орде, теории о врожденном изначальном языке, филогенетических воспоминаниях и родовом бессознательном, поскольку ревизионисты психоанализа уже давно отказались от этих теорий. Относительно теорий, опирающихся на три отвергнутые предпосылки, она

говорит, что все эти теории требуют критики и должны рассматриваться скорее как историческое бремя, которое несет психоанализ, чем как его сущность. В книге «Новые пути в психоанализе» (1939) Хорни посвящает каждой отвергнутой теории по главе, давая свою критику и указывая причины отказа от этих теорий.

Как Хорни реформировала психоанализ? Она сохраняет такие основополагающие фрейдовские понятия, как бессознательная мотивация, вытеснение и сопротивление, а также методы, становящиеся более эффективными, когда они освобождаются от биологических рамок, в какие они были первоначально заключены, а именно: толкование сновидений, свободные ассоциации и анализ феномена перенесения, наблюдаемого в отношениях между врачом и пациентом.

Понимание природы побуждений у Хорни отличается от фрейдовского. Вместо фрейдовского либидо и агрессивных инстинктивных стремлений она выдвигает два побуждения, которые считает отчасти врожденными, а отчасти приобретенными, т. е. сочетанием биологического и социального, или культурного, факторов. Она называет эти два побуждения «стремлением к безопасности и удовлетворению».

Стремление к безопасности возникает из врожденного чувства беспокойства — «основной (базальной) тревоги». Младенец рождается с этим чувством. Выходя из чрева матери, он начинает чувствовать себя неуютно. Это чувство переживается с самых первых минут жизни на органическом уровне; оно окрашивает всю его дальнейшую жизнь, фиксируется и становится внутренним свойством психической деятельности. С первых минут существования ребенок переживает чувство враждебности мира. Беспокойство порождает желание избавиться от него. Все, что человек делает, — это трансформация чувства беспокойства. Оно является основой мотивации его поступков.

Бессознательные эмоциональные стремления — к безопасности и удовлетворению — несовместимы друг с другом. Нельзя добиться полного удовлетворения желаний, потребностей и страстей, не столкнувшись с юридическими, социальными, этическими запретами и нормами и сопутствующими им наказанием, осуждением и остракизмом. Конфликт между этими стремлениями и основанными на них импульсами, потребностями, страхом, желаниями и страстями приводит к необходимости *подавления*. Если Фрейд в качестве подавляющей силы постулировал Суперэго, или совесть, то Хорни не видит ни практической, ни теоретической необходимости в таком механизме. Таким образом, Хорни реконструирует теорию подавления без обращения к фрейдовскому Ид с его инстинктивными влечениями к сексуальным извращениям. На их место она ставит борющиеся между собой стремления к безопасности и удовлетворению, конфликт между которыми вызывает подавление. В свою систему Хорни переносит также такие тесно связанные

с конфликтом и подавлением понятия, как *защитные механизмы Я* и *сопротивление*.

Таким образом, Хорни реформировала и переработала основные фрейдовские концепции, без которых немыслим психоанализ, не прибегая к архаическим инстинктивным и механистично-генетическим теориям. Она сделала это, обратившись главным образом к культурным и социальным факторам, и таким образом постулировала:

1) бессознательную аффективную мотивацию;
2) необходимость подавления и механизм подавления с помощью несовместимых стремлений и противоречивых импульсов, потребностей, чувств, страха и желаний;
3) защитные механизмы и окольные пути для проникновения подавленного материала в сознание;
4) концепцию ожесточенного сопротивления проникновению подавленных импульсов в сознание [1].

Главную задачу психоанализа Хорни видит в *«изменении личности индивида»*. А основное средство для достижения этой цели — доведение бессознательных процессов до сознания. Это в основном те средства и процедуры, которые разработал Фрейд и которые Хорни называет «основными методологическими средствами терапии». Это: анализ сновидений; свободные ассоциации и их толкование; анализ *переноса*; изучение сопротивления пациента доведению бессознательных процессов до сознания, наконец, «наблюдение за содержанием и последовательностью выражений пациента наряду с наблюдениями за его поведением — жестами, тоном и тому подобным», что позволяет делать выводы относительно процессов, лежащих в их основе.

Заметим также, что Хорни признает символический язык, но отвергает его архаическую наследственность. Для нее символы имеют культурно детерминированное значение, т. е. бессознательный символ имеет тенденцию быть универсальным для всех людей, живущих в условиях данной культуры.

Является ли система Хорни психоанализом? Сама Хорни отвечает так: «Ответ зависит от того, что считать главным в психоанализе. Если считать, что психоанализ складывается из всех теорий, выдвинутых Фрейдом, тогда то, что представлено мной, не психоанализ. Если же считать, что основы психоанализа составляет определенная система взглядов, касающихся роли бессознательных процессов и путей их выражения, а также формы терапевтического лечения, которые помогают довести эти процессы до сознания, тогда то, что предлагаю я — психоанализ».

В критическом аспекте Б. В. Зейгарник [2] по-иному отвечает на этот вопрос, что является очень важным для понимания эволюции идей психоанализа. Хотя Хорни резко критиковала биологизаторскую сущность учения

Фрейда, но в главном своем положении «базальной тревоги» она по существу недалеко уходит от Фрейда. Хорни говорит о противоречиях между обществом и человеческими потребностями, но она рассматривает их не как явление, свойственное несовершенному обществу, а как врожденное свойство людей. Иными словами, ее попытка социологизировать Фрейда — мнимая, ибо она представляет собой тенденцию к психологизации общественных явлений. В теории Хорни остаются основные положения фрейдизма: антагонизм природного и социального (принцип стремления к безопасности несовместим с удовлетворением человеческих желаний), фатальность врожденного механизма «базальной тревоги». У Хорни звучит то положение, которое было особенно развито у Фромма, а именно: «базальная тревога» ведет к отчуждению человека от общества.

Патогенетическая психотерапия: преодоление фрейдизма

В 30-е гг. XX в. советский врач и психолог В. Н. Мясищев, приняв известный тезис Маркса и Энгельса о том, что сущность человека представляет собой совокупность общественных отношений, разработал *психологию отношений* и на ее основе развил концепцию психогений и патогенетической, или психогенетической, психотерапии. При этом В. Н. Мясищев воспринял ряд идей психоанализа. Его ближайшим помощником была Е. К. Яковлева, симпатии которой поначалу были на стороне психоанализа, и она занималась им в своей практической работе. Концепции невроза и психотерапии развивались В. Н. Мясищевым путем *преодоления фрейдизма.*

Он был искренен, когда писал о том, что «много давшей, но в целом неприемлемой для нас системой психотерапии, явился психоанализ», и ставил задачу «критически преодолеть психоанализ и сформулировать положения теории и практики психотерапии в духе советской психологии и психопатологии». Однако на известной «совместной сессии двух академий» (Академии наук СССР и Академии медицинских наук СССР) в 1950 г. советская медицина и психиатрия подверглись жесткой критике за недостаточно активное применение учения И. П. Павлова. В связи с этим В. Н. Мясищев приступил к усиленному переводу психогенетической концепции на рельсы нейродинамической концепции неврозов И. П. Павлова.

Ситуация изменилась в начале 60-х гг. На Всесоюзном совещании по философским вопросам физиологии высшей нервной деятельности и психологии в Москве (1963), как об этом рассказывает в своей книге «Неврозы и их лечение» А. М. Свядощ, указывалось на положительную сторону трудов Фрейда. Они привлекли внимание науки к вопросу о влиянии влечений на психические процессы, а также проблеме бессознательного; показали неко-

торые конкретные проявления «бессознательного», например, влияние его на описки, оговорки, отдельные невротические симптомы; указали на роль конфликтов между «долгом и желанием» в возникновении неврозов; отметили явления сублимации сексуальной энергии, вытеснения переживаний (лежащие, например, в основе истерических амнезий), выдвинули принцип аналитической терапии, т. е. лечения путем выявления неосознаваемых больным переживаний. «Отрицая инфантильно-сексуальную теорию неврозов, мы тем самым, — пишет А. М. Свядощ, — отвергаем и созданный Фрейдом метод лечения — психоанализ, основанный на выявлении мифических подсознательных сексуальных комплексов».

За что критиковал Фрейда сам В. Н. Мясищев, что он принимал, а с чем был принципиально не согласен? Прежде всего В. Н. Мясищев не признавал биологизм и пансексуализм фрейдовской теории (как, впрочем, и большинство его современников-ученых), а также примат *бессознательного* в детерминации поведения человека, ибо эти теории приходили в противоречие с научно обоснованной марксистской концепцией личности как совокупности общественных отношений. Что же касается *конкретных механизмов* возникновения и развития психогений, то В. Н. Мясищев не отрицал многих открытых Фрейдом феноменов, таких как бессознательная мотивация, вытеснение и сопротивление и др. С некоторыми оговорками признавал он также и *метод* психоанализа с его интерпретацией свободных ассоциаций, сновидений, ошибочных действий, анализом сопротивления и переноса. Но упрекал Фрейда за мистификацию этих явлений, их переоценку и генерализацию.

Обратимся к неопубликованной статье В. Н. Мясищева «Психогения и психотерапия», датируемой 1947 г., в которой он подвергает критике ряд психоаналитических понятий. Рассмотрим ряд положений этой статьи. «Психоанализ, — пишет В. Н. Мясищев, — противопоставил себя поверхностному и статическому пониманию старой психологии в качестве более глубокого и генетического понимания. Но "глубокое" понимание свелось к усмотрению в человеке животного, а генетическое — к попытке свести настоящее к прошлому. Как ни странно, в учении психоанализа сказался глубокий регресс, подлинная проповедь своеобразного атавизма, несмотря на то что им впервые осуществлены глубокие этиологические и культурно-исторические поиски. Проницательность в деталях в нем сочетается с поразительной слепотой в целом».

Важным в понимании позиции В. Н. Мясищева является разведение понятий *«бессознательное»* и *«неосознаваемое»*. Признавая наличие в психике неосознаваемого, В. Н. Мясищев резко критиковал учение Фрейда о бессознательном. Учение о бессознательном, а не о сознании как о руководящем начале, о влечениях, а не об общественно-трудовой деятельности как основе понимания психики, о влечении к смерти, а не о стремлении к бесконечному

развитию, — вот те принципиальные положения, которые выдвигаются психоанализом и которые извращают подлинную природу и движущие силы психической жизни. Психоанализ противопоставляет рационально-сознательное иррационально-бессознательному и приписывает последнему доминирующую роль; этот принцип прилагается психоанализом к пониманию здоровой и болезненно измененной психики.

Учению о бессознательном В. Н. Мясищев противопоставляет положение о прогрессивно возрастающей роли сознания, о *необязательности противоречия сознательного и бессознательного*. Закон общественного развития психики говорит о том, что не темные стихии, а сознательное и разумное определяет поведение человека. Наличие несознаваемого объясняется тем, что способность опыта и восприятия по объему шире, чем способность осознания. Но в принципе все может быть осознано. В большом материале опыта каждого человека есть много не замеченного им, но незаметно влияющего, замеченного, но неосознанного и непонятого. Наконец, в ряде случаев аффективные, личные, этические и т. п. мотивы и тенденции препятствуют пониманию и осознанию здоровым или больным тех или других фактов. Фрейд объяснил их несоответствующим образом, он их переоценил и генерализовал в силу того, что конфликты у его зажиточной буржуазной клиентуры возникали под знаком сексуальности.

Психоанализ утверждает, что задача анализа заключается в возвращении в сознание вытесненного и в его расшифровке с помощью символов. Осознание скрытого смысла симптомов и является средством исцеления. Непонятно, однако, как при ведущей роли бессознательного возврат вытесненного в сознание или осознание символики излечивает и как это можно объяснить, избегая мистификации. «*Здесь,* — пишет Мясищев, — *основное расхождение между нами и психоанализом, но здесь и самое уязвимое место психоанализа. Что определяет динамику душевной жизни в норме и патологии — сознание или бессознательное? Для нас сознание определяет эту динамику и конфликт и возможность излечения. Оно направляет всю деятельность человека. Нет бессознательного переживания и бессознательного конфликта — есть неосознанные переживания и конфликты. Есть неясные и несознательные причины переживаний и конфликтов*». Интересно, что несколькими годами позднее Эрих Фромм напишет, что «сам термин “бессознательное” представляет в действительности некую мистификацию. Нет такой вещи, как бессознательное; есть только те чувства, которые мы осознаем, и те, которые не осознаем» (1963).

Самый существенный вопрос для В. Н. Мясищева заключается в том, откуда у сознания обнаруживается сила, строящая и перестраивающая отношения и все поведение человека. Кажется основательной позиция психоанализа, рассматривающая инстинкт, связанный с организмом, как самое мощное, но тогда неясно, как сознание, хотя и самое высшее, но бесплотное,

идеальное в психике, преодолевает его неудержимые импульсы. Это можно понять, только признавая общественную сущность человека. При этом сознание выступает как материальная сила. Достаточно напомнить о героях, приносящих свою жизнь в жертву ради идеи. Героизм, являясь высшим образцом общественного развития, представляет образец выносливости, огромной силы в борьбе с жизненными препятствиями, которые возникают на пути тех идейных целей, которые ставит перед человеком его сознание.

Материальная сила сознания может быть понятой на основе анализа истории развития человека. Этот анализ показывает, что предметы и обстоятельства окружающего, интегрированные в символах речи (иначе — в мышлении и идеях), с ходом развития человека все более определяют его жизнь и деятельность. Эти образования (вторая сигнальная система Павлова) нанизывают на себя весь накапливающийся опыт человека, являя собой не мертвые знаки, а насыщенные конденсированной, действенной, аффективной силой импульсы. Экспериментальное психофизиологическое исследование показывает, что слово вызывает сильнейшее изменение дыхания, пульса, кровяного давления, деятельности желудка, биотоков кожи и мозга, обмена веществ. Становится ясным, что слово, идея — материальная сила, потрясающая организм человека. Поэтому осознание — не просто понимание объективных зависимостей вещей и людей, но действенное переживание, изменение отношений, потенциальная перестройка действий. В процессе психотерапии от субъективного понимания своих мотивов и самого себя человек переходит к осознанию объективного значения — обусловленности своих переживаний, к осознанию неправильной линии своих поступков и правильной самооценке, к осознанию конструктивных путей выхода из трудной ситуации. Меняя отношение в процессе осознания, человек начинает иначе переживать, иначе реагировать. То, что казалось хорошим, осознается как плохое; казавшееся несправедливым оказывается заслуженным и т. д. Этот процесс изменения отношений сопровождается исчезновением симптомов. Это показывает, что борьба с симптомами так же не нужна при правильной психотерапии, как бесплодна при неправильной.

Далее в этой статье В. Н. Мясищев высказывает свою точку зрения на такие механизмы патогенных нарушений, как вытеснение, символическое замещение, сублимация. Он не рассматривает *вытеснение* как выталкивание в бессознательное тягостных переживаний. По В. Н. Мясищеву, этот механизм состоит в том, что человек умалчивает то, в чем ему стыдно признаться, он сознательно гонит от себя неприятные мысли и пытается отвлечься от них или забыть их, что нередко ему и удается. Не все пациенты, не всегда и не сразу осознают свои неблаговидные мотивы или действия. Эти факты он рассматривает как произвольную сознательную психическую деятельность, как активное умалчивание и сокрытие.

В вопросе о *символическом замещении*, по мнению В. Н. Мясищева, заключена самая сильная и самая слабая сторона учения Фрейда. Содержание психоза или психоневроза не только бессмысленно, не только искажает действительность, но и выражает стремления больной личности. Таково одно из важных исходных и, несомненно, в принципе ценных положений психоанализа. Кажущееся бессмысленным, если мы расшифруем его, приобретает определенный смысл, скрытый в болезненной картине, искажающей и прикрывающей его символикой. Критической оценке В. Н. Мясищев подвергает вопрос о значении и границах применимости принципа символизма. С его точки зрения психоанализ переоценил и односторонне гипертрофировал значение архаических и иррациональных элементов. Выдвинув роль символики и охарактеризовав особенности символического мышления, психоанализ имеет большие заслуги, но, переоценив эту роль и односторонне истолковав ее в смысле выражения сексуального, он значительно исказил представление о механизме психогении. В противовес сексуальному «монизму» В. Н. Мясищев выдвигает положение о том, что человек может быть декомпенсирован всякими обстоятельствами и переживаниями, создающими для него ситуацию, кажущуюся безвыходной, невыносимо тягостной. «Это положение может быть и старо и банально, — пишет В. Н. Мясищев, — но оно возвращает к более правильному пониманию действительности, к пониманию более жизненному и индивидуальному в противовес одностороннему, обезличивающему, обедняющему».

Согласно В. Н. Мясищеву, источником переживаний человека, условиями его выносливости являются отношения человека. Отношения, лежащие в основе реакции и переживания, не являются врожденными, конституциональными, а обусловлены историей жизни человека, которая в свою очередь обусловлена историей общества, в котором он живет и занимает определенное место. Тем самым биологизму концепций, положивших во главу угла влечения и инстинкты, противопоставляется социально-историческое понимание. Психоанализ и индивидуальная психология признавали роль социального фактора, но рассматривали его лишь негативно, как узду влечений, причем на понимании их лежала печать биологизма, так как социальность и связанная с ней мораль рассматривались как «врожденное чувство общности» (Адлер) или как сублимат сексуального влечения в общественных условиях. За внешним многообразием патологических факторов Фрейд и Адлер пытались найти единый стержень. Они, однако, односторонне переоценили его. В. Н. Мясищев признает правильным положение о том, что сами переживания должны быть объяснены более глубокими движущими силами. Но Фрейд и Адлер недостаточно оценили их различное значение для нормальной и патологической психической жизни человека в соотношении с другими факторами. Например, патогенная роль сексуального влечения определяется наличностью этических моментов, отсутствие которых исключает

возможность патогенного конфликта. В приведенной В. Н. Мясищевым истории болезни показано, что основным источником заболевания у пациентки, которой изменил муж, явился не сексуальный конфликт, а сложные переживания, связанные с тонкими чувствами личного достоинства, возмущением и обидой на измену близкого человека.

Существенным моментом понимания патогенности является *вопрос о роли травмы детского периода и о регрессии на инфантильный уровень* и к инфантильной стадии. Фрейд показал, что понимание природы психоневрозов требует изучения психических травм раннего детского возраста. Близок к этому Адлер, высказывающий мысль о том, что руководящая линия невротического поведения складывается в возрасте 3–5 лет. В. Н. Мясищев считает, что дело отнюдь не в сексуальной травме и не в фиксации мотива, а в формировании особенностей характера, в особо высокой чувствительности и непереносимости некоторых ситуаций. Хорошо известно, что черты характера тем прочнее, чем дальше они уходят в глубь прошлого. Но их формирование в раннем детстве и закрепление на дальнейших этапах жизни является показателем роли истории развития, а их постоянство часто ошибочно принимается за признак врожденности и конституциональной обусловленности. Таким образом, *дело не во власти бессознательного и мистической власти раннего детского переживания, а в том, что патогенная ситуация взрослого касается часто тех же особенностей и чувствительных сторон характера, которые болезненно задевали личность и в раннем детстве.*

Переходя к вопросу о психотерапии и ее отдельных сторонах, В. Н. Мясищев отмечает, что *первая система психотерапии создана Фрейдом, и поэтому движение вперед связано с преодолением фрейдизма.* Важным фактором психотерапии является отношение врач—пациент. С точки зрения психоанализа — это *перенос* либидо на врача. «Фактически, — пишет В. Н. Мясищев, — встречаются случаи, когда больной или больная переносят на врача свою неудовлетворенную любовь, но это не дает никаких оснований говорить о переносе как обязательной ступени психотерапевтического процесса». Придавая исключительно высокое значение руководящей роли врача, В. Н. Мясищев усматривал его роль в ином: *врач реорганизует отношения личности к действительности, т. е. к людям, к социальным требованиям и к самому себе.*

Сопротивление. С точки зрения психоанализа сопротивление врачу есть проекция внутреннего сопротивления, вызванного процессом вытеснения. По мнению В. Н. Мясищева, в этой части концепция психоанализа мистифицирует реальные факты еще больше, чем сама концепция вытеснения. В. Н. Мясищев дает следующее объяснение явлению сопротивления. Совершенно ясно, что больной первоначально скрывает не только от посторонних людей, в том числе и от врача, но даже и от самого себя сознание своих дефектов. Наряду с этим больной первоначально не отдает себе вполне ясного

отчета в мотивах своего поведения и борется за истолкование его с более благородной стороны. Это относится к смыслу поступков, переживаний, пониманию и оценке своего характера. Врач в значительной степени находится в положении морального следователя, а больной — в положении обвиняемого, с той разницей, что он сам должен вскрыть свои «пороки», чему он вначале сопротивляется. Нет надобности говорить, что врач, конечно, должен быть не только оценивающей инстанцией, но прежде всего другом, у которого больной ищет помощи и перед которым он готов раскрыть свои самые интимные переживания. Прежде чем больной это осознает, почувствует потребность в этом, поймет, что здесь речь идет о глубоко внутреннем морально-психическом лечении, он, естественно, сопротивляется проникновению врача в область его глубоких личных переживаний. «Такое специально психологическое и этическое сопротивление, — пишет В. Н. Мясищев, — мы действительно встречаем. Его можно понять и фактически обосновать, и нет никакой надобности мистифицировать».

Здесь уместно будет привести взгляды В. Штекеля (1921) на сущность обсуждаемых феноменов, отчасти созвучные пониманию В. Н. Мясищева. Штекель — крупный представитель психоаналитического направления — предложил вместо понятия «вытеснение» понятие психической «скотомы». Этот автор считал, что в основе невроза всегда лежит душевный конфликт между аморальным или криминальным влечением, с одной стороны, и страхом ответственности юридической, общественной, морально-религиозной — с другой. Этот душевный конфликт у невротика не вытесняется в «бессознательное», а представляет собой материал, в отношении которого невротик безотчетно стремится остаться «слепым», не желая или боясь его «увидеть». Механизм «переноса» на врача Штекель рассматривает как прием, используемый пациентом для одержания «победы» над врачом. «Сопротивление», по Штекелю, — не бессознательная самозащита от вытесненного запретного влечения, а защита от врача, от самого лечения, поскольку невротик, по существу, не заинтересован в выздоровлении, так как оно угрожает ему осознанием своего долга и ответственности. Больной, усвоив установку врача, его психоаналитическую гипотезу, безотчетно или даже преднамеренно предъявляет «желательные» врачу ассоциации с целью ввести врача в заблуждение и таким образом «отстоять» свой синдром [6].

Действенным заключением психотерапии является изменение жизни, новая деятельность. В концепции психоанализа это связано с понятием *сублимации*. «Здесь, — пишет В. Н. Мясищев, — обнаруживается опять обычная для психоанализа смесь истинного и ложного. Для этого понятия нет никаких физиологических оснований. Истинно здесь только то, что личность переключается с травмирующей ее и, в частности, с сексуальной для некоторых больных, ситуации на высшие идейные интересы. Поэтому понятие сублимации может быть здесь применено не строго научно, а метафориче-

ски. По существу речь идет о том, чтобы отойти от узко личных интересов, субъективных позиций и включиться в какую-либо общественно значимую деятельность, найти в ней источник жизненного интереса и личного удовлетворения.» «При этом, — замечает В. Н. Мясищев, — было бы карикатурой на психотерапию утверждение о том, что мы обывателя-одиночку отрываем от его повседневности, мелко-личных забот и делаем борцом за идеалы науки, искусства, общественной работы. Речь идет о мобилизации в человеке объективно ценного, жизненного и социально значимого».

Часто изменяется отношение больного не только к травмировавшим его вопросам, но меняется взгляд на вещи, на людей и на всю жизнь. Больной в своих позициях одновременно объективизируется и дезэгоцентрируется. Существенное значение имеет изменение отношения к своей деятельности и осознанию ее принципиальной значимости. Так как в большинстве случаев трудность ситуации заключается не только в качествах личности, а и в условиях ее жизни, то правильное понимание психотерапии требует не только переделки больного субъекта, но и переделки условий жизни, содействия ей, защиты ее прав.

В статье «О генетическом понимании психоневрозов» (1939) В. Н. Мясищев так определяет «основной дефект» психоаналитических и иже с ними концепций невроза: «Каждое из перечисленных направлений, имея за собой известные факты, односторонне подбирало их, неправильно освещало их, абстрагируя, отрывая их от всей конкретной действительности, выдвигая их и основанную на них трактовку в качестве единственной и достаточной для решения вопроса. Преодолевая опасность односторонности, отводя законное место для физиологических, психологических и социальных условий возникновения невроза, теория должна правильно отразить роль каждого момента и их взаимоотношений. Очевидно, что это может быть достигнуто лишь на основе конкретного анализа, опирающегося на историческое понимание действительности, связывающее воедино многочисленные звенья этого сложного и многосторонне обусловленного заболевания». И далее В. Н. Мясищев высказывает очень важную идею о том, что в основу понимания невроза кладется не понимание психологии личности со всем богатством ее содержания, ее взаимоотношений с действительностью, но абстрактный психический механизм. У Фрейда над всем господствует сексуальный инстинкт или влечение к смерти, у Адлера — механизм самоутверждения.

Таким образом, все эти концепции выдвигают универсальную роль абстрактного механизма и не находят того, что является действительно определяющей силой в развитии невроза. Основным дефектом существующих теорий является отсутствие правильного патогенетического понимания, в частности, учета социальной стороны патогенеза. Заключая статью, В. Н. Мясищев пишет: «Источники психоневрозов в связи с социально-психологическими различиями больных различны. В каждом случае конкретная картина забо-

левания может быть построена только на основе анализа истории болезни, истории личности в определенных социальных условиях ее развития. Знание этой истории, знание качеств личности и условий переживания позволяет расшифровать часто невероятно запутанный комплекс болезненных проявлений и наметить на основе такого структурно-генетического понимания рациональный план лечения» [10].

Является ли патогенетическая психотерапия разновидностью психоанализа?

В. Н. Мясищев отвергал основные, неприемлемые для научного объяснения, положения Фрейда: основанную на инстинктах теорию личности, пансексуализм, антагонизм сознания и бессознательного. Что же касается таких понятий психоанализа, как вытеснение, перенос, сопротивление, сублимация и др., то замечаем, что В. Н. Мясищев обращает внимание на внутренние противоречия психоанализа, постоянно подчеркивая сочетание в этих концепциях «истинного и ложного», «проницательности и слепоты», «сильной и слабой стороны». Им отмечаются «большие заслуги» психоанализа в открытии этих явлений и в то же время «чрезмерная переоценка» их. Собственно говоря, не феномены, открытые Фрейдом, а их метафорическая трактовка вызывала несогласие В. Н. Мясищева, ибо ученому-психологу трудно выйти за рамки строгой академической науки.

Следующий шаг, который был сделан В. Н. Мясищевым в направлении «преодоления фрейдизма», состоял, как было рассмотрено выше, в отказе от постулируемых психоаналитиками *универсальных бессознательных комплексов*. Представители ревизованного и реформированного психоанализа, так же как и теоретики объектных отношений, не смогли преодолеть последнего заблуждения фрейдизма: они пытались за внешним многообразием причинных факторов психических расстройств найти «единый стержень», который они, однако, односторонне переоценивали и генерализовывали. Это образование они называли по-разному, будь то «эдипов комплекс» Фрейда, «комплекс неполноценности» Адлера, «базальная тревога» Хорни, «задержанный симбиотический комплекс» Г. Аммона и т. п. Этот основной комплекс, будучи врожденным, или детерминированным социокультурными факторами, фатально противостоит социуму как силе, враждебной человеку и его потребностям.

В противоположность этим обезличивающим представлениям В. Н. Мясищев рассматривает невроз как конфликтогенное расстройство, возникающее в результате нарушения особо значимых отношений личности. Невротик не в состоянии рационально решить возникший конфликт в силу особенностей своей личности, формирование и развитие которой происхо-

дило в условиях дисгармоничных, искаженных отношений в ее социальном окружении (прежде всего в семье и других группах). «Единым стержнем» при таком подходе является «нарушенная система отношений» пациента. Изначально отношения и конфликты не наполняются психотерапевтом каким-либо конкретным содержанием (в отличие от психоаналитического подхода они бессодержательны); наполнение их в процессе психотерапии конкретным содержанием, почерпнутым из анализа реальных жизненных отношений пациента, является одной из важнейших задач патогенетической психотерапии; конечная ее цель — реконструкция нарушенной системы отношений пациента, его перевоспитание. Кстати, отметим, что в начале своей деятельности Фрейд описывал случаи, в основе которых лежат конфликты реального, а не мифологического содержания, случаи, при которых вскрыты истинные, а не вымышленные и навязанные пациентам причины заболевания.

По нашему убеждению, *многие из описанных в рамках психоаналитических концепций комплексы, освобожденные от биологических, архаических, иррациональных пут, могут рассматриваться как частные случаи нарушенных отношений. В силу этого патогенетическая психотерапия по сути своей должна стать интегративной, ибо на ее язык, как говорил В. Лаутербах, может быть переведено основное содержание большинства личностно ориентированных систем Западной психотерапии.*

По мнению А. М. Свядоща [11], психоанализ Фрейда не ведет к выявлению и ликвидации реально существующих комплексов. Это достигается путем каузальной психотерапии, которая, в отличие от психоанализа, стремится выявить действительно имевшиеся в жизни больного психотравмирующие переживания, ставшие неосознанными и приведшие к возникновению заболевания. Для этого она использует метод обычно применяемого в клинике детального расспроса больного о его жизни и переживаниях, иногда о его сновидениях, изучает его ассоциативную деятельность. Психоанализ же приписывает больному переживания, которых у него не было, и не приводит к выявлению истинной причины болезни. По мнению А. М. Свядоща, в основе патогенетической психотерапии В. Н. Мясищева лежит сочетание каузальной и рациональной психотерапии. Вольф Лаутербах, написавший книгу «Психотерапия в Советском Союзе» [12], в которой центральное место выделил описанию и анализу патогенетической психотерапии, вне сомнения знакомый с точкой зрения А. М. Свядоща, также размещает метод В. Н. Мясищева на шкале психотерапевтических подходов между рациональной и каузальной психотерапией. И поясняет, что в то время как рациональные психотерапевты объясняют своим пациентам этиологию их расстройств в научно-популярных павловских терминах и показывают, что они ошибаются в той или иной сфере и должны измениться, патогенетические психотерапевты не просто объясняют пациентам их нарушения в терминах В. Н. Мясищева. Они являются «рациональными психотерапевтами» лишь постольку,

поскольку у них те же цели, но добиваются их путем постепенного осознания пациентом психологических причин (в понимании В. Н. Мясищева).

С психоаналитической точки зрения патогенетическая психотерапия была рассмотрена и оценена Исидором Зиферштейном. Зиферштейн с 1959 по 1971 г. неоднократно приезжал из Соединенных Штатов в Россию, в Институт им. Бехтерева и, познакомившись с патогенетической психотерапией, сразу оценил ее как динамическую, или раскрывающую, психотерапию. В течение 1963–1964 гг. он провел несколько месяцев на отделении неврозов, ежедневно наблюдая за психотерапевтическим лечением нескольких пациентов. До этого в течение двух лет, участвуя в исследовательском проекте «Изучение психотерапевтического процесса», он наблюдал психоанализ и психоаналитическую психотерапию в Институте психиатрических и психосоматических исследований в Лос-Анджелесе. Сравнение этих двух наблюдений вскрыло некоторые специфические характеристики патогенетической психотерапии; результаты были опубликованы в Соединенных Штатах в 1976 г. в книге «Психиатрия и психология в СССР» [13]. Его наблюдения представляют для нас особый интерес не только потому, что они отражают взгляд профессионального психоаналитика-исследователя процесса психотерапии, но и потому, что это единственное существующее описание способа проведения патогенетической психотерапии. Итак, обратимся к его клиническим наблюдениям и тем выводам, к которым он приходит.

Речь идет о пациентке 34 лет, которая приехала на лечение в Институт им. Бехтерева из другого города. Наблюдение длилось на протяжении всего периода ее госпитализации в течение 2,5 месяцев. Проведено 38 терапевтических сессий. Основные жалобы: приступы слабости, головокружения, «дурноты», ощущение «ватных ног», которые начались 3 года назад и в результате которых развилась боязнь выходить из дома одной. Терапевтом была пожилая сотрудница отделения с многолетним стажем психотерапевтической работы. Шестая сессия оказалась решающей.

В ходе сессии наблюдателю стало очевидно, что терапевт тщательно продумала стратегию анализа и постоянно двигалась в нужном направлении. Задача терапевта осложнялась чрезмерной разговорчивостью и обстоятельностью пациентки, что служило сильным средством сопротивления пациентки целям психотерапии. По этой причине сессия длилась 1 час 45 минут. Однако, несмотря на сопротивление, были достигнуты значительный терапевтический прогресс и рост осознания пациентки, что явилось поворотным пунктом в ее выздоровлении. Терапевт начала сессию, спросив пациентку, занимается ли она, будучи учительницей, воспитательной работой. Это сразу создало позитивную атмосферу, в которой пациентка с радостью и гордостью очень обстоятельно начала рассказывать о двух случаях ее успешной работы с двумя наиболее трудными учениками. Терапевт затем искусно подвела пациентку к заключению о том, что личность человека может

меняться не только в раннем возрасте, но и позднее — на протяжении жизни. Исходя из этого, терапевт подвела пациентку к переоценке тех личностных черт, которые, с точки зрения пациентки, стоит изменить (эта тема уже затрагивалась на предыдущей сессии). Пациентка воскликнула: «Я забыла упомянуть главный недостаток — ревность!» В связи с этим она вспоминает инцидент, когда подруга не пригласила ее на футбольный матч, а пошла с другой подругой. После этого она не разговаривала с ней целый год.

В этом месте терапевт дает решающую генетическую интерпретацию: она соединяет представленную черту пациентки с ее ревностью к младшему брату, который родился, когда ей было 5 лет и когда она не могла отказаться от привилегированной позиции единственного ребенка. Здесь терапевт сослалась на материал, который был получен раньше, а именно на то, что пациентка «случайно» наступила на руки брата, когда тот начал ползать. Интерпретация попала в цель, что демонстрируется тем, что пациентка начала продуцировать подтверждающие ассоциации. Например, она вспоминает, как насильно поворачивала лицо бабушки к себе, когда та заговаривала с другими людьми, вместо того, чтобы уделять исключительное внимание ей. Далее терапевт привязывает это к актуальной жизненной проблеме, которую пациентка считает главным источником ее болезни, — неразрешимой, как ей кажется, борьбе «не на жизнь, а на смерть» с родственниками мужа. Терапевт утверждает, что хотя, несомненно, родственники мужа — очень трудные люди, тем не менее ревность пациентки и ее желание, чтобы муж полностью принадлежал ей, играет главную в ее конфликте с ним, и особенно в том, что пациентка так остро и такими сильными невротическими симптомами реагирует на этот конфликт. Терапевт предлагает пациентке научиться жить в одном городе даже с такими «плохими людьми», как родные ее мужа, вместо того, чтобы страдать от невротических симптомов.

В этом месте сопротивление пациентки, которое до этого скрывалось под маской сотрудничества и выражалось в чрезмерной разговорчивости и обстоятельности, принимает открытую, сознательную форму. Лицо пациентки принимает жесткое, неподвижное выражение. Она мрачно смотрит вниз, отказывается поднять глаза на терапевта, плачет от досады, гнева, жалости к себе. Как и на протяжении предшествующих сессий, она с сильным чувством заявляет, что ни при каких обстоятельствах не примирится с «этими людьми», что скорее уйдет от мужа или переедет с мужем и ребенком в другой город. Она повторяет, что родные мужа оказывают на него дурное влияние, что с их подсказки он даже начал бить ее и ребенка, чтобы показать, кто в доме хозяин. Стало ясным, что эта сессия задела фундаментальную черту ее характера, лежащую в основе невроза. Попытка показать, что ее болезнь детерминирована изначально особенностями ее личности, а не воздействием изввне или другими людьми, и что поэтому избежание данных обстоятельств не

решит ее проблему, вызвала крайнее сопротивление. Она решительно отказывается обсуждать любые аспекты примирения с родственниками мужа.

И для патогенетического психотерапевта, и для американского психоаналитика, — комментирует Зиферштейн, — этот тип сопротивления становится сильной преградой, которую нельзя преодолеть в одну или две сессии. Но здесь есть различия в подходах преодоления сопротивления. Как патогенетический психотерапевт завершает сессию в этом случае? Сознавая, что произошла перемена в климате, что пациент теперь имеет негативное отношение к терапевту и терапии, терапевт решает по первому побуждению возвратить позитивные чувства пациента. Эти побуждения начинаются на этой, шестой, сессии и продолжаются на последующих. Видя, что пациентка очень расстроена, врач смотрит на нее с любовью, треплет за руки и говорит с большим чувством: «Я совсем истощила вас, бедняжка!» Затем берет руки пациентки в свои и в характерной манере приближает их к себе, таким образом приближая пациентку и, почти принуждая ее поднять взгляд, говорит: «Завтра мы детально обсудим, как наилучшим образом наладить жизнь с мужем и ребенком, не касаясь этих ужасных конфликтов с его родственниками» (обещание помощи и руководства). Терапевт завершает сессию поддерживающим и ободряющим заявлением «Ваш муж любит вас, и вы любите его» и опять треплет руки пациентки и с любовью смотрит ей в глаза. Однако последнее слово — за пациенткой. Она готова согласиться, что муж любит ее, но сомневается в последней части заявления терапевта: «Предположим, я люблю мужа. Я просто не могу примириться с такими людьми, как его родители и сестра».

Борьба между сопротивлением пациентки и попытками терапевта преодолеть его продолжается несколько сессий. Один пример: на следующей сессии терапевт сообщает пациентке, что утром она возьмет ее первой на беседу. Это, своего рода, предложение мира, уступка потребности пациентки в особом признании. Но сопротивление пациентки усиливается. Она противится, жалуясь на более сильное головокружение. Она рассказывает сон: «Я видела похоронную процессию. Женщина лежала в гробу с поднятой в воздух рукой, и к ней подведены электроды». Ассоциация: «Женщина умерла в результате электроэнцефалографии». Пациентке делали ЭЭГ как раз перед шестой сессией, и она говорит: «Это лечение убьет меня!» Терапевт не интерпретирует, но противодействует: «Вы социально сознательный и активный человек. Вы занимаетесь воспитанием молодежи, через которую мы обретаем бессмертие!» Наблюдатель отмечает, что патогенетические психотерапевты не интерпретируют сновидения вербально, но обращаются к его латентному содержанию, как в этом примере.

Подытоживая, Зиферштейн классифицирует виды вмешательства патогенетического психотерапевта следующим образом:

1. Усилия, направленные на поддержку позитивного терапевтического отношения, предоставления пациентке заботы, внимания, уважения и высокой оценки ее позитивных качеств. Например, в 12 сессии пациентка жалуется, что директор школы, в которой она работает, создает трудности для нее. Так, он написал ей, что она не должна отсутствовать в школе в связи с лечением больше одного месяца, иначе она должна представить специальную справку от врача. Психотерапевт обыгрывает это обстоятельство, говоря, что директор высоко ценит ее и поэтому оказывает давление, чтобы она скорее вернулась в школу. Здесь опять терапевт работает с сопротивлением пациентки. Пациентка же противится этому мотиву, ссылаясь на высказывание одного врача о том, что у нее слабая нервная система и ей лучше оставить такую напряженную деятельность, как преподавание в школе, и перейти на работу в библиотеку. Терапевт в ответ выражает изумление и уверяет ее, что будет большой потерей, если она оставит профессию учителя.
2. Усилия по оказанию помощи пациентке путем прямых советов и руководства действиями, направленными на совладание с ее жизненными проблемами. Это включает, например, детальное обсуждение того, как пациентка реагирует и как она должна реагировать, когда друзья сообщают ей о порочащих ее замечаниях родственников мужа.
3. Интерпретации невротического поведения и симптомов и конфронтация сопротивлению пациентки психотерапии. Например, когда терапевт показывает пациентке, что она не сотрудничает в психотерапии, пациентка протестует, заявляя, что, напротив, она прилагает максимум усилий к сотрудничеству. Пациентка приводит в качестве доказательства, что когда она была в другой больнице, она охотно соглашалась на все инъекции, хотя очень боится уколов. Тогда терапевт говорит, что пациентка меньше сопротивляется физической боли от соматического лечения, чем психической боли, связанной с осознанием.

Из этих трех видов интервенции первые два наиболее характерны, по мнению наблюдателя, для патогенетической психотерапии. Перечисленные усилия терапевта оказываются эффективными. Постепенно терапевт достигает своей цели — восстановления позитивного отношения и значительного уменьшения сопротивления пациентки. В результате, спустя 2,5 месяца после начала лечения, пациентка была выписана со значительным симптоматическим улучшением, более теплым отношением к мужу и более разумным отношением к родственникам мужа. Катамнестические сведения, полученные по письмам пациентки через 12 лет после выписки, показывают, что достигнутые результаты сохраняются.

Американские психотерапевты, — сообщает далее наблюдатель, — применили бы те же три типа вмешательства: поддержку, перевоспитание, ин-

терпретацию. Но они в большей степени акцентировали бы третий элемент — интерпретацию. В случае психоаналитического лечения акцент почти исключительно ставился бы на интерпретации; поддержка же и перевоспитание использовались бы в очень малых и непрямо выраженных дозах. Главное усилие в работе с сопротивлением пациентки было бы направлено на конфронтацию с пациенткой, с тем фактом, что она сопротивляется; психоаналитик показывал бы снова и снова множество форм ее сопротивления, интерпретируя затем значение и источники сопротивления. Например, на седьмой сессии терапевт спрашивает пациентку, размышляла ли она над тем, что обсуждалось на шестой сессии. Пациентка отвечает отрицательно, ссылаясь на слова терапевта о том, что обсуждение будет продолжено на следующий день. Точно так же, когда пациентке сообщили, что принимаемое ею лекарство (Phenigamma) отменяется из-за выявленных побочных действий, она говорит: «Тогда это значит, что теперь у меня вообще не будет никакого лечения!», таким образом полностью отрицая психотерапию как форму лечения. Американский аналитически ориентированный психотерапевт, скорее всего, конфронтировал бы пациентку с этими свидетельствами ее сопротивления. Сновидение о женщине, убитой ЭЭГ, вероятно, было бы использовано, чтобы показать пациентке ее смертельный страх перед терапией. Дальнейшие ассоциации могли бы привести к открытию страха возмездия (убийства) со стороны матери за враждебные чувства к брату. Наконец, интерпретация переноса могла бы быть сформулирована так: «Вы хотите быть единственным ребенком терапевта», подкрепленная примерами проявления чувства обиды, злобы, возмущения и конкуренции с другими пациентами. «Так же, как вы хотите быть единственным ребенком ваших родителей и родителей мужа, вы хотите быть центральной фигурой, находясь между вашим мужем и вашими родителями и между вашим мужем и его родителями». Главный симптом пациентки — чувство головокружения и дереализации — вероятно, был бы проинтерпретирован как отказ от принятия существующей реальности, в которой она — одна среди многих, и как желание через болезнь заставить мир быть другим, повернуть жизнь вспять, к тому времени, когда брата еще не было и она была единственным ребенком в семье.

Характеризуя патогенетическую психотерапию, Зиферштейн прежде всего обращает внимание на активность психотерапевта. Занимая позицию эксперта, психотерапевт в ответе за все в течение всего курса терапии. Проводя психотерапию, терапевт решает после первых двух-трех исследовательских сессий, какие у пациента главные проблемные области. Затем он обсуждает с пациентом цели лечения и направляет содержание и форму каждой сессии так, чтобы систематически разбирать каждую проблему по очереди. Психотерапевт верит, что на враче лежит ответственность за создание позитивного климата — климата, в котором пациент развивает доверие, уважение и любовь к доктору. Если климат непозитивный или пациент разви-

вает негативные чувства, то это расценивается как результат допущенных врачом ошибок. Врач ответственен за активные действия, направленные на вызов или возвращение позитивных чувств пациента. Поэтому патогенетический психотерапевт очень активен в предоставлении пациенту эмоциональной поддержки и повышении самоуважения пациента. Доктор без колебаний дает пациенту совет и оказывает помощь в решении текущих проблем. Его усилия по реконструкции нездоровой структуры личности включают активное перевоспитание; пациенту предлагаются те ценности и стандарты поведения, которые считаются правильными, реалистичными и социально желаемыми.

Комментируя приведенные наблюдения американского психотерапевта, отметим следующее:

1. За прошедшие полвека произошли существенные изменения, которые коснулись как патогенетической психотерапии, так и психоанализа. Эти изменения связаны с широким распространением и признанием гуманистических принципов отношения терапевт—пациент. В результате ассимиляции этих принципов патогенетическая психотерапия отказалась от директивности, а психоанализ стал использовать *эмпатию* и другие составляющие «триады Роджерса» в качестве действенных лечебных факторов психотерапии.
2. *Интерпретация*. Патогенетический анализ предупреждает против поспешных толкований. Отказ от несвоевременных интерпретаций — принципиальная позиция патогенетической психотерапии, которая и привела уже в наше время к широкому внедрению в практику патогенетической психотерапии гештальтэкспериментов. «Мы считаем, — пишет Е. К. Яковлева, — что не следует врачу самому разъяснять больному причины развития у него заболевания, особенно не следует это делать поспешно, желательно добиться понимания их самим больным. Нельзя подлинное объяснение, основанное на глубоком понимании патогенеза невроза, подменить внешними и скороспелыми разъяснениями, что, к сожалению, нередко делается» [14]. Говоря о возможной интерпретации сновидения пациентки американскими психоаналитиками, Зиферштейн, сам того не ведая, показывает, как, исходя из ограниченного набора психоаналитических схем, психоаналитик «навязывает» пациенту определенное знание, связанное с переживаниями человека в раннем возрасте (например, открытие страха убийства матерью, во что пациентка должна поверить).

   Отказ от интерпретаций как возможных собственных проекций интерпретатора и как навязывание готовых универсальных схем — один из основных принципов гештальттерапии. Вместо техники свободных ассоциаций с последующей их интерпретацией в понятиях

психоаналитических инфантильно-сексуальных концепций, мы используем психодраматические техники гештальттерапии, допуская, когда это необходимо, осторожную интерпретацию в рамках реальных жизненных отношений.

3. *Перенос*. Под этим термином, вслед за С. Кратохвилом [15], мы понимаем «проекции прошлого опыта», подчеркивая тем самым, что переносятся не только инфантильные чувства, а самый широкий спектр отношений. В психоанализе понятие «проекции» используется как защитный механизм, посредством которого человек приписывает другим людям свои мысли, чувства и поступки, заведомо для них не характерные. Проекция предохраняет человека от чувства подавленности и тоски, которые могут возникнуть вследствие внутреннего конфликта. Кратохвил же применяет понятие «проекции прошлого опыта» не в приведенном узком, психоаналитическом смысле, а в значении, известном в психологии под названием «проективные методы», когда пациенту предлагается «неопределенно стимульный материал», в котором так или иначе отражаются различные давние переживания пациента, и он реагирует на него, исходя из своего прошлого опыта.

Близка нам и позиция Хорни, которая рассматривает *анализ переноса* как «подробное изучение взаимоотношений между пациентом и аналитиком в целях выяснения характера отношений пациента с другими людьми». Отношения терапевт—пациент рассматриваются нами как *реальные*, но в этих отношениях так или иначе отражается прежний опыт и срабатывают привычные эмоциональные стереотипы и способы поведения. Такое толкование, на наш взгляд, способствует демистификации «переноса» и техник, направленных на его усиление и развитие в лечебных целях «трансферентного невроза». Как и в отношении других феноменов, возникающих в процессе психотерапии и описанных психоаналитиками, перенос не является обязательной ступенью психотерапевтического процесса. Если в реальных отношениях терапевт—пациент замечаются переносные элементы, проекции прежних переживаний, тогда, естественно, их необходимо проанализировать. Гораздо важнее не принимать реальные отношения между терапевтом и пациентом за переносные, с последующим навязыванием пациенту анализа вымышленных связей.

Основное отличие от психоанализа Б. Д. Карвасарский [16] формулирует следующим образом (подытоживая мысли Мясищева, изложенные в этом обзоре): «В отличие от психоанализа, при личностно ориентированной (реконструктивной) психотерапии речь идет о расширении сферы осознаваемого не на основе прямого анализа бессознательного и его антагонистического взаимодействия с сознанием, а посредством поиска связей между разобщенными прежде в сознании больного представлениями, точной вербализации неясных переживаний и понятий. Кроме того, в психоанализе

смысл нового знания, понимания с помощью интерпретаций в определенной мере “навязываются” пациенту психоаналитиком, который исходит из довольно ограниченного набора жестких схем, прямо или косвенно связанных с сексуальностью человека в течение всей его жизни, особенно в раннем возрасте. При личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии пациент в сотрудничестве с психотерапевтом реконструирует самосознание, оставаясь в мире реальных событий и понятий.»

Итак, является ли патогенетическая психотерапия психоанализом? Отвечая на этот вопрос в рамках схемы, которой придерживалась Хорни, надо сказать так: ответ зависит от того, что считать главным в психоанализе. Если считать, что психоанализ складывается из всех теорий, выдвинутых Фрейдом, тогда то, что представляет патогенетическая психотерапия, не психоанализ. Далее, если считать, что основу психоанализа составляет *метод*, предназначенный для осознания бессознательных процессов, который включает подробное изучение жизни пациента и особенностей его личности, интерпретацию, конфронтацию, анализ сопротивления и переноса, то, безусловно, психоанализ оказал заметное влияние на метод патогенетической психотерапии.

Анализ эволюции психоанализа от ортодоксального фрейдизма до патогенетической психотерапии В. Н. Мясищева позволяет выделить три этапа в «преодолении фрейдизма»:

1. *Отказ от родового бессознательного*. Ревизия ортодоксального психоанализа Эго-психологами, отказ от таких архаических теорий, как миф о первобытной орде, теории о врожденном изначальном языке, филогенетических воспоминаниях и родовом бессознательном. Ревизия касалась функций Эго и шла в двух направлениях. Одно разрабатывало фрейдовскую идею о защитных механизмах как функции Эго. Это направление возглавила Анна Фрейд. Другое занималось вторичными функциями Эго: рациональным мышлением и действиями, восприятием, вниманием, познанием, памятью и т. п. Глава этого направления — Хайнц Гартман. Ревизованный психоанализ — шаг в направлении отказа от теории инстинктивных сексуально-агрессивных влечений.
2. *Отказ от врожденных бессознательных психических структур*. Неофрейдисты Карен Хорни, Гарри Салливен и Эрих Фромм принесли в жертву то, что ортодоксальные аналитики и аналитики-ревизионисты считали основой фрейдизма: врожденные воспоминания, структуры и предопределения. Отказ от чрезмерного подчеркивания биологического происхождения психических явлений. Признание культурных и социальных факторов в происхождении неврозов. Отказ от предпосылок, сделавших психоанализ *инстинктивной* и *генетической* психологией: от теории либидо; теории инстинкта смерти;

теории предопределяющей роли детства с его инфантильно-сексуальными фазами; концепции нарциссизма; эдипова комплекса и т. п.

3. *Отказ от универсализации бессознательных комплексов.* В этом принципиальное отличие патогенетической психотерапии от неофрейдизма как предшествующего этапа преодоления фрейдизма. Концепция В. Н. Мясищева: патогенной основой невроза является конфликт, который возникает в тех случаях, когда жизненные обстоятельства затрагивают особо значимые, эмоционально насыщенные отношения личности. Индивидуальные особенности таких отношений обусловливают ее невыносливость в той или иной ситуации. *В каждом конкретном случае конфликт имеет индивидуальное, конкретное содержание*, выявление которого очень важно для психотерапии.

Патогенетическая психотерапия пришла на смену психоанализу, о ее родстве с ним напоминают некоторые общие позиции: признание роли бессознательных психических процессов в детерминации мыслей, чувств и поведения человека; признание ряда психологических явлений, открытых Фрейдом, — вытеснения, сублимации, сопротивления, переноса и др.; использование в практике психотерапии некоторых элементов психоаналитического метода. В практическом отношении сходство, как показал Зиферштейн, заметно невооруженным глазом, однако теоретические основы психоанализа и патогенетической психотерапии настолько разнятся методологически, что отнесение патогенетической психотерапии к разновидности психоанализа вызывает сомнение. Дело в том, что сам вопрос об отнесении патогенетической психотерапии к психоанализу не совсем корректен, поэтому и ответ вызывает затруднение. Такие же трудности испытывала и Хорни (как мы отмечали), когда пыталась ответить на вопрос, является ли ее система психоанализом. На самом деле ответ содержится в названии этой главы: «От... к...». Психоанализ развивался в направлении преодоления «фрейдизма». «К концу жизни, — пишет Уэллс, — Фрейд, радуясь популярности своей системы в Соединенных Штатах, горько сетовал на то, что ее серьезно “выхолостили”». Последовательность этапов «выхолащивания», или «преодоления фрейдизма», предстает в следующем виде: ортодоксальный психоанализ («фрейдизм») — ревизованный психоанализ («классический») — реформированный психоанализ («неофрейдизм») — патогенетическая психотерапия. В этой цепи система Хорни, например, является промежуточным этапом преодоления, патогенетическая же психотерапия — завершающим. Таким образом, *патогенетическую психотерапию надо воспринимать как «преодоленный психоанализ»*. Патогенетическая психотерапия преодолела не только заблуждения классического психоанализа, но и вскрыла «основной дефект», характерный для всех динамических систем, будь то индивидуальная психология Адлера, анализ Хорни, интерперсональная психотерапия Салливена, динамическая психиатрия Аммона и др.

Патогенетическая психотерапия — это развивающаяся система, открытая для интеграции с другими методами на основе ее теоретических основ, целей и задач. Интегрировав групповую динамику, что позволило ей расширить терапевтический потенциал для реконструкции нарушенной системы отношений, она преобразилась в личностно ориентированную (реконструктивную) психотерапию (Б. Д. Карвасарский, Г. Л. Исурина, В. А. Ташлыков). Современный этап характеризуется движением в направлении создания интегративной модели личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии [17].

Список литературы

1. *Уэллс Г.* Крах психоанализа. М., 1968.
2. *Зейгарник Б. В.* Теории личности в зарубежной психологии. М., 1982.
3. *Freud A.* The Ego and the Mechanisms of Defense, New York: Hogart Press, 1937.
4. *Hartman H.* Ego psychology and the problem of adaptation. New York: International Universities Press, 1958.
5. *Adler A.* The practice and theory of individual psychology. New York: Humanities, 1929.
6. *Вольперт И. Е.* Психотерапия. М., 1972.
7. *Соколов Э. В.* Введение в психоанализ. СПб., 1999.
8. *Horney K.* New Ways in Psychoanalysis. New York: Norton, 1939.
9. *Horney K.* Our Inner Conflicts. New York: Norton, 1945.
10. *Мясищев В. Н.* Личность и неврозы. Л., 1960.
11. *Свядощ А. М.* Неврозы и их лечение. М., 1971.
12. *Lauterbach W.* Psychotherapie in der Sowjetunion. Urban & Schwarzenberg. Munchen-Wien-Baltimore, 1978.
13. Psychiatry and psychology in the USSR / Ed. by S. A. Corson, E. Corson, O'Leary. New York: Plenum Press, 1976.
14. *Яковлева Е. К.* Патогенез и терапия невроза навязчивых состояний и психастении. Л., 1958.
15. *Kratochvil S.* Skupinova psychoterapie neuros. Avicenum. Praha, 1978.
16. *Карвасарский Б. Д.* Психотерапия: Учебник. СПб., 2000.
17. *Александров А. А.* Интегративная модель психотерапии. В кн.: Психотерапия. СПб., 2004.

Глава 3

Системный подход в медицинской психологии

Системная методология в современных общемедицинских концепциях

В настоящее время системный подход все шире применяется в различных областях психологии. В каждой из них системный подход обеспечивает целостное изучение психики человека с учетом сложности ее строения и многообразия внешних связей. Одной из наиболее важных областей применения системного подхода является медицинская (клиническая) психология — научная и практическая дисциплина, возникшая на пересечении психологии и медицины и впитавшая их основные идеи и исследовательские подходы.

Как и в других областях психологии, в медицинской (клинической) психологии системный подход служит методологической основой для перехода от наблюдения, экспериментального выявления, описания и систематизации феноменов психической жизни человека к их объяснению, прогнозированию и управлению (коррекции). С другой стороны, как и в медицине, в медицинской психологии системный подход определяет перенос акцента с исследования абстрактного конструкта — болезни — на целостное изучение конкретного человека — личности, существующей в условиях болезни, «предболезни» или психической дезадаптации. Это соответствует общей тенденции гуманизации медицины, изменению ее основной парадигмы — с нозоцентрической на личностно ориентированную и адаптационную.

К настоящему времени принципы системного подхода нашли свое применение в ряде интенсивно развивающихся общемедицинских концепций, имеющих существенную психологическую составляющую. К таким концепциям относятся: концепция реабилитации психически больных; концепция функционального диагноза в психиатрии; концепция личности как системы отношений; концепция психосоматических расстройств; концепция «внут-

ренней картины болезни», концепция качества жизни, связанного со здоровьем, а также системная концепция психической адаптации.

Ниже приводится основное содержание ряда этих системных концепций.

Концепция реабилитации психически больных

Концепция реабилитации психически больных, разработанная М. М. Кабановым [1] и получившая признание Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), стремительно развивалась от теоретических и методологических исследований до широкой медико-социальной практики, вовлекая в сферу научных разработок и деятельности не только врачей различных специальностей, но и психологов, педагогов, социологов. Современная теория и практика психиатрии характеризуется все большим развитием реабилитационного направления.

Основные положения концепции реабилитации психически больных, воспринятые впоследствии в других областях психоневрологии и соматической медицины, сводятся к следующему.

Согласно этой концепции, реабилитация — не только профилактика, лечение или восстановление трудоспособности, но и целостный, интегративный подход к больному человеку, опосредующий все лечебные воздействия через личность больного. Реабилитация отличается от обычного лечения тем, что здесь имеет место не только устранение проявлений болезни, но также выработка у пациента качеств, помогающих приспособиться к окружающей среде.

В соответствии со стремлением современной медицинской науки к многомерному рассмотрению сложных явлений реабилитация понимается как динамическая система взаимосвязанных компонентов, где системообразующим фактором является ее конечная цель — возвращение больного к жизни в обществе, восстановление его личного и социального статуса.

Понимание реабилитации как системной деятельности, участниками которой являются человек и окружающая его биологическая и социальная среда, предполагает объединение медицинской, психологической и социальной моделей болезни и лечения в единую биопсихосоциальную модель реабилитации.

Таким образом, реабилитация как динамическая система направлена на достижение определенной цели (восстановление личного и социального статуса больного — полное или частичное) особым методом, главная суть которого состоит в опосредовании через личность лечебно-восстановительных воздействий и мероприятий, в учете не только клинико-биологических, но и психологических, а также социальных факторов в процессе лечения.

Так понимаемая система реабилитации психически больных опирается в своем осуществлении на четыре основных принципа, которые применимы для реабилитации больных с любыми заболеваниями с учетом их специфики. Это следующие принципы: принцип партнерства врача и больного;

принцип разносторонности терапевтических усилий, воздействий и мероприятий; принцип единства биологических и психосоциальных воздействий; принцип ступенчатости (переходности) проводимых воздействий и мероприятий.

Стержневым принципом реабилитации является принцип партнерства, основное содержание которого заключается в «апелляции к личности», включении самого больного в лечебно-реабилитационный процесс в качестве субъекта активной сознательной деятельности, направленной на восстановление нарушенных болезнью функций или социальных связей. В совокупности эти принципы описывают интегрированное взаимодействие всех элементов и звеньев реабилитационного процесса. К последним могут быть отнесены различные сферы функционирования больного: психологическая (включая взаимоотношения с лечащим врачом, другими членами терапевтического коллектива, больными отделения, членами внетерапевтического окружения); профессиональная, семейная, общественная и другие сферы; усилия различных специалистов — врачей, психологов, психотерапевтов, социальных работников, среднего медицинского персонала; биологические и психосоциальные формы лечения, включая психотерапию (индивидуальную, групповую, семейную), терапию средой, терапию занятостью, арттерапию, трудотерапию.

Таким образом, разработанные в теории и практике принципы реабилитации являются по своей природе принципами системного (целостного и иерархически организованного) построения лечебно-восстановительного процесса. Эффективность реабилитации в значительной степени определяется полнотой и последовательностью реализации этих принципов в реабилитационных программах.

Реабилитация психически больных как системная деятельность предусматривает три последовательных этапа проведения: восстановительная терапия, реадаптация, реабилитация в прямом смысле слова, каждый их которых имеет свои конкретные цели и задачи. Каждому этапу реабилитации соответствует та или иная предпочтительность (и соотношение) биологических и психосоциальных воздействий. Обычно первые идут от этапа к этапу по убывающей степени, а последние, напротив, вытесняют и солидаризируются с первыми. На третьем, завершающем, этапе реабилитации особое значение придается изменению (нормализации) отношения к больному и в связи с этим проблемам комплайенса и стигматизации. Разработанная схема этапов реабилитации дает еще более широкие возможности для понимания реабилитации как динамической системы взаимосвязанных компонентов (медицинских, психологических, социальных), направленной на достижение определенной цели. С этих позиций М. М. Кабанов предлагает рассматривать реабилитацию как «диффузную» систему, так как при изучении таких систем необходимо учитывать взаимовлияние множества различных факторов.

Таким образом, реабилитация рассматривается с системных позиций как интегративный подход к больному человеку, как «арена системной деятельности», где участниками взаимодействия являются человек (как организм и как личность), сам по себе являющийся «открытой системой», и окружающая его социальная и биологическая среда. Объединение медицинской, психологической и социальной модели в системной концепции реабилитации является особой методологической установкой, дающей возможность избегнуть альтернативности (биологическое или социальное) в подходе к человеку, страдающему тем или иным недугом, и открывающей большую возможность правильного понимания целей и задач профилактики и лечения. Формируясь, концепция реабилитации психически больных, в свою очередь, формировала один из самых существенных этических принципов в медицине и медицинской психологии — интерес и уважение к человеку, к правам личности.

Концепция функционального диагноза в психиатрии

Одним из основных направлений использования системного подхода в медицине (в частности, в психиатрии) и медицинской психологии является функциональный диагноз, позволяющий рассматривать в единстве болезнь, личность и ситуацию в их влиянии на уровень и возможности компенсации болезненных проявлений и адаптации больного в обществе.

Функциональная диагностика, уходящая корнями в эпоху становления отечественной психиатрии и нозологии, получила значительное развитие в связи со становлением реабилитационного направления в психиатрии. Функциональный диагноз, рассматривающий в единстве болезнь, личность и социальную адаптацию, позволяет в системном виде (в виде интегрированного взаимодействия отдельных элементов) представить основные «мишени» реабилитации — биологические, психологические и социальные качества больного. Он также, в силу своей многосторонности и многоуровневости, служит системной основой для реализации основных принципов (партнерства, разносторонности, единства, ступенчатости) и этапов (восстановительная терапия, реадаптация, реабилитация) реабилитационного процесса.

В историческом плане основой функционального направления в диагностике стало традиционное теперь в клинике представление о необходимости лечить не болезнь, а больного, выдвинутое на заре зарождения нозологии и сформулированное Г. А. Захарьиным в виде двойственного диагноза — *diagnosis morbi et diagnosis aegroti*, т. е. диагноза болезни и диагноза больного.

В дальнейшем положения о необходимости в процессе диагностики и лечения учитывать не только клинико-биологические, но и психосоциальные особенности больного и его жизненной ситуации нашли развитие в работах

видных отечественных психиатров. Так, В. А. Гиляровский связывал необходимость функциональной оценки психического состояния (функциональной диагностики в психиатрии) с кризисом нозологической систематики, которая не соответствовала сформировавшемуся в то время представлению о болезни как многоступенчатом процессе взаимодействия повреждающих и защитно-приспособительных факторов на уровне целостного организма в его взаимосвязи с природой и социальной средой.

В 60-е гг. XX в. на этапе, предшествующем бурному развитию реабилитационного направления в психиатрии, идеи функциональной диагностики приобретают особое значение. В работах Т. А. Гейера и Д. Е. Мелехова, лежащих в основе научно оформленной отечественной школы реабилитации, функциональная диагностика в психиатрии связывалась в первую очередь с решением задач социально-трудового прогнозирования и врачебно-трудовой экспертизы.

В развернутом виде концепция функционального диагноза как системного процесса оформилась в 70–80-е гг. XX в. в стенах психоневрологического Института им. В. М. Бехтерева в тесном взаимодействии и под влиянием концепции реабилитации. Заслуга разработки системы функциональной диагностики в психиатрии в современном ее понимании принадлежит в нашей стране В. М. Воловику [2]. Ее основное содержание сводится к следующему.

В. М. Воловик предлагает рассматривать функциональный диагноз как системный анализ уровня и характера дисфункции, под которой понимается нарушение адаптивного поведения пациента. В качестве системообразующего фактора предлагается принять функциональную недостаточность в различных сферах деятельности и общения, а в качестве взаимодействующих систем — патологический процесс, личность и актуальные воздействия социальной среды.

В. М. Воловиком представлена системная модель функциональной недостаточности, в которой в качестве взаимодействующих и взаимообусловливающих подсистем рассматриваются клинические (блок I), психологические (блок II) и социальные (блок III) факторы функциональной недостаточности. В свою очередь, каждая из рассматриваемых подсистем (блоков) имеет иерархически организованную структуру, состоящую из взаимодействующих элементов. Например, подсистема «Психологические факторы функциональной недостаточности» (блок II) включает такие клинико-психологические конструкты, как:

а) искажение мотивационной основы и направленности личности;
б) искажение внутренней картины собственной личности и болезни;
в) недостаточность социального опыта;
г) сужение поля возможностей;

д) дефицит энергетики и нарушения равновесия динамических свойств личности.

В свою очередь, каждый из названных структурных компонентов (а–д) представлен комплексом взаимосвязанных элементов, представляющих собой конкретные проявления психологического дефицита или искажения.

Опираясь на представление о многомерном характере функциональной недостаточности, В. М. Воловик предложил трехаспектную структуру функционального диагноза. Факторы функциональной недостаточности, связанные с патологическим процессом (блок I), составляют клинический аспект функционального диагноза, психологические факторы функциональной недостаточности (блок II) составляют психологический аспект и внешние факторы (связанные с воздействием среды — блок III) — социальный аспект функционального диагноза. Все три аспекта функционального диагноза выступают в единстве.

Таким образом, согласно концепции В. М. Воловика, функциональный диагноз, представляющий синтез клинической и психологической оценки больного в реальных условиях жизни и деятельности, выражает динамическую характеристику состояния индивида и его взаимосвязи с социальной средой и отражает степень, способ и основные тенденции компенсации нервно-психических расстройств. В структуре функционального диагноза выделяют три аспекта. *Клинико-психопатологический* (уровень или стадия проявления заболевания, структура дефекта и функциональная оценка психопатологического состояния с точки зрения возможностей его компенсации и влияния на социальную адаптацию больного). *Психологический* (характеризующий личность пациента и значимые для его социальной и профессиональной адаптации отношения). *Социальный* (отражающий реальную жизненную ситуацию и характер включенности в нее больного с учетом его преморбидного опыта).

В настоящее время функционально-диагностический подход в психиатрии получает все большее распространение и развитие. Большинство современных авторов принимают рассмотренную схему В. М. Воловика и согласны в том, что клинико-психопатологический метод, адекватный (и предназначенный) для распознавания проявлений заболевания (симптомов и синдромов), а также базирующаяся на этом методе нозоцентрическая диагностика не ориентированы на изучение сохранных сторон личности. Использование только клинического метода оказывается недостаточным для характеристики социального и межличностного функционирования больного. При этом в ряде случаев личностные особенности и структура социального окружения оказываются гораздо более важными для успеха психосоциальной адаптации, чем классические психиатрические критерии.

Такой современный подход создает установку для психиатров и медицинских психологов к целостному рассмотрению психопатологических феноменов в единстве с личностными и социальными позициями больного.

В последние годы получило интенсивное развитие положение В. М. Воловика об «основной диагностической категории в функциональной диагностике» — типах приспособительного поведения психически больных. В современной литературе они рассматриваются как комплекс взаимодействия защитных, компенсаторных и копинг-механизмов (механизмов совладания) больных [3].

Таким образом, современные лечебно-диагностические подходы и реабилитационные программы предполагают использование и дальнейшее совершенствование системы функциональной диагностики в психиатрии.

Концепция личности как системы отношений

Одной из наиболее ярких моделей системного понимания личности, как в общепсихологическом плане, так и применительно к теории и практике медицины, является концепция отношений В. Н. Мясищева [4]. Эта концепция составляет психологическую основу реабилитации и ядро разработанной в дальнейшем им и его школой патогенетической теории неврозов и психотерапии.

Основы концепции психологии отношений были заложены известным врачом, философом и психологом А. Ф. Лазурским. Он первым из отечественных психологов непосредственно сформулировал принципы системного (целостного и интегративного) подхода к изучению личности в системе ее взаимоотношений с миром в естественной среде. Определяя взаимную связь душевных свойств человека и их взаимодействия с окружающим миром как основной в современной трактовке системообразующий фактор структурно-функционального единства личности, А. Ф. Лазурский, тем самым, подошел вплотную к созданию теории личности как системы социальных отношений. Эта теория в законченном виде получила воплощение в трудах В. Н. Мясищева — одного из его учеников и последователей.

Согласно концепции В. Н. Мясищева, сущностью личности является *отношение* к действительности. В. Н. Мясищев так определял основное понятие своей концепции: «Психологические отношения человека в развитом виде представляют целостную систему индивидуальных, избирательных, сознательных связей личности с различными сторонами объективной действительности. Эта система вытекает из всей истории развития человека. Она выражает его личный опыт и внутренне определяет его действия, его переживания».

Отношение В. Н. Мясищев рассматривал как психическое выражение связи субъекта и объекта. Отношение — одновременно и объективно (так как выражает реально существующую связь между человеком и объектив-

ной действительностью), и субъективно (так как принадлежит субъекту, человеческому индивиду и получает в его сознании субъективное отражение). Неправомерно приписывать отношение исключительно субъекту: оно во многом определяется взаимодействием субъекта и объекта.

Личность, целостная по своей природе, при психологическом анализе неизбежно предстает системой неких элементов. В концепции В. Н. Мясищева в качестве таких элементов выступают отдельные отношения к отдельным сторонам действительности. Именно в соответствии с этим личность определяется как *система отношений*. Таким образом, положения теории В. Н. Мясищева полностью согласуются с положениями системной методологии, согласно которым система определяется как интегральное целое, образованное совокупностью взаимодействующих элементов.

Отношения, выступающие как структурные элементы личности, обладают целым спектром характеристик. Из приведенного определения психологических отношений следует, что к их основным характеристикам относятся: *целостность*, *активность*, *сознательность* и *избирательность*.

Целостность проявляется в том, что, с одной стороны, «к действительности относится человек в целом», и, с другой стороны, «отношения связывают человека не столько с внешними сторонами вещей, сколько с самим предметом в целом». Согласно В. Н. Мясищеву, «в анализе систему отношений (личность) можно дробить на бесконечное количество отношений личности к различным сторонам действительности, но как бы в данном смысле эти отношения частичны ни были, каждое из них всегда остается личностным». Отношение есть всегда выражение личности в целом, оно личностно и целостно.

Активности отношений В. Н. Мясищев придавал особое значение, так как отношение выражается именно посредством активности. Психическая активность личности как системы отношений представляет собой результирующую от взаимодействия активности каждого из отношений.

Сознательность отношения проявляется в способности «правильно отражать действительность в ее основных чертах», «отдать себе отчет в действительности, основанный на свойственной человеку деятельности второй сигнальной системы — речи и отвлеченного мышления». Говоря о сознательности отношения, В. Н. Мясищев указывал на возможность существования многих ее ступеней. Отношение может изменяться от неосознанного до ясно осознаваемого, а «бессознательное» — это то, что еще не интегрировано сознанием. В. Н. Мясищев подразумевал, что осознание того, что определяет поведение человека, но ранее им не осознавалось, не только возможно, но и, по существу, является одной из главных задач в педагогике и психотерапии.

Избирательность отношения определяется индивидуальными особенностями и содержанием эмоционально-мотивационной сферы личности: «отношения избирательны прежде всего в эмоционально-оценочном (положительном или отрицательном) смысле». Избирательность отражает

субъективность отношения. Отношение разных людей к одному и тому же человеку, событию, объекту, если рассматривать это отношение во всей полноте его содержания, всегда различно. Это различие задано неизбежным различием личностей как субъектов отношений.

Наряду с основными свойствами отношения — целостностью, активностью, сознательностью, избирательностью — отношение как категория психологического анализа описывается в контексте три компонентов, соответствующих трем сферам психического, а именно: *эмоционального, мотивационно-поведенческого (волевого) и когнитивного* компонентов. Понятие о компоненте отношения отражает возможность его рассмотрения (научного психологического анализа) в трех разных смысловых ракурсах. В соответствии с такой направленностью психологического анализа выявление этих компонентов отношения сводится к выявлению тех изменений в эмоциональной, мотивационно-поведенческой и когнитивной сферах, которые связаны с анализируемым отношением.

Выше были приведены основные характеристики и компоненты отношений. Однако отношение может рассматриваться в отдельности только в качестве единицы психологического анализа. В концепции В. Н. Мясищева личность определяется как целостная система отношений. Эта система может быть охарактеризована не только через описание свойств отдельно анализируемых отношений, но и как целое, через ее *системные свойства*. Важнейшим таким свойством является *иерархичность*.

По словам В. Н. Мясищева, «избирательные отношения человека многосторонни и сложны, но не разрознены и не рядоположены, а составляют единую сформированную его опытом индивидуальную иерархическую историческую систему, внутренне связанную, хотя, может быть, и противоречивую». Отношения, занимающие более высокое положение в иерархической системе, выступают как доминирующие над отношениями, занимающими в ней более низкое положение.

Понятие доминирования отношений тесно связано с понятием их *значимости*. Из двух отношений более значимое занимает более высокое место в иерархии и является доминирующим. Можно полагать, что из двух отношений, выделяемых в психологическом анализе, доминирующим, более значимым может быть названо то, которое в большей мере определяет психическую активность субъекта, выражающуюся в его деятельности (поведении).

В качестве одной из системных характеристик В. Н. Мясищев выделял *уровень развития* личности. Низшему уровню соответствует примитивный витальный, ситуативно обусловленный характер отношений — влечений; среднему уровню соответствует преобладание отношений конкретно-личного характера, личной симпатии, антипатии, непосредственного утилитарного интереса или расчета; высшему уровню соответствует преобладание идейных отношений — убеждений, сознания долга, общественно-коллективистических мотивов.

К системообразующим свойствам В. Н. Мясищев также относил *структуру личности*. Сюда относятся гармоничность, цельность личности, ее широта и глубина, ее функциональный профиль, т. е. соотношение различных свойств психики друг с другом. Все это чаще всего называют структурно-характерологическими особенностями личности.

Наряду с перечисленными выше внутрисистемными свойствами могут быть указаны свойства, внешние по отношению к системе и касающиеся взаимодействия этой системы с окружающей ее средой. Самым важным из этих свойств является *адаптабельность* к изменениям среды, характеризующая то, насколько личность способна адаптироваться к этим изменениям. Адаптабельность системы отношений представляет собой результирующую всех других свойств.

В контексте адаптации личности к социальной среде используются понятия *нарушенных и ненарушенных* отношений. Система отношений может рассматриваться как ненарушенная только в том случае, если может выступать как адекватный регулятор поведения. При этом важно подчеркнуть, что адекватная регуляция поведения должна осуществляться как в неизменной среде, так и в новых, дезадаптирующих условиях среды.

Системный характер концепции В. Н. Мясищева обусловливает то, что она составляет психологическую основу реабилитации как системной деятельности, охватывающей все стороны социального функционирования и отношений личности. На основе концепции отношений В. Н. Мясищевым была построена патогенетическая теория неврозов и психотерапии, также охватывающая весь целостный комплекс взаимодействующих клинико-биологических и психосоциальных характеристик больного и его социального окружения.

Концепция качества жизни, связанного со здоровьем

Концепция качества жизни (КЖ) появилась в 60-х гг. XX в. и была связана с изучением социальных и психологических условий существования человека в индустриальном обществе. В 70-е гг. от нее ответвилась самостоятельная концепция качества жизни, связанного со здоровьем (КЖЗ). В последние десятилетия во всем мире получили интенсивное развитие научные исследования КЖЗ, которые представляют собой новое, быстро развивающееся направление медицинской науки. Качество жизни, связанное со здоровьем, является сложным системным понятием, включающим в себя ряд взаимосвязанных аспектов: сохранность физических функций и степень физических страданий; психологическое состояние, включая ощущение независимости и удовлетворенность своим бытием в настоящий момент; возможность профессиональной деятельности; качество социальных контактов и другие аспекты. Иначе говоря, в понятии КЖЗ в системном (интег-

рированном и взаимодействующем) виде представлены все основные параметры функционирования личности — физические, психологические (духовные), социальные.

Теоретическими и методологическими предпосылками развития концепции КЖЗ в нашей стране послужили идеи реабилитации, опирающиеся на принципы системного подхода, а также функциональная диагностика, использующая системную модель для оценки компенсаторных возможностей человека и его приспособительного (к условиям болезни) поведения. Особое значение для появления и развития концепции КЖЗ имела системная концепция психической адаптации человека, являющаяся в последние годы теоретической основой многих крупных исследовательских проектов в области психического здоровья. В контексте концепции психической адаптации человека Л. И. Вассерман с соавторами [5] рассматривают КЖЗ как системное явление, отражающее структурные и уровневые механизмы формирования здоровья (полной адаптации) на основе знания, понимания и отношения субъекта к здоровью и болезни. При этом понятие качества жизни выступает как производное от более общего и фундаментального понятия адаптации, т. е. КЖЗ рассматривается как подсистема в целостной системе психической адаптации человека.

Качество жизни как системный конструкт имеет сложную — многомерную и многофакторную — организацию. Многомерность КЖЗ определяется включением в его структуру разнообразных параметров жизнедеятельности человека: физических, психологических, социальных, экономических и др. Многофакторность КЖЗ определяется влиянием на него разнообразных факторов и аспектов индивидуальной и социальной жизни. К ним относятся:

- медицинские факторы (влияние самого заболевания, его симптомов, ограничение функциональных способностей, наступающее в результате заболевания; а также влияние лечения на повседневную жизнедеятельность больного);
- психологические факторы (субъективное отношение человека к своему здоровью; степень адаптации пациента к болезни и возможность выполнения им привычных функций, соответствующих его социальному статусу);
- социально-экономические факторы.

Таким образом, КЖЗ не только отражает успешность психической адаптации индивида, но и опосредуется взаимодействием ряда личностно-психологических (психологическая защита, копинг-механизмы, внутренняя картина болезни), социально-демографических (пол, возраст, микросоциальные условия, профессиональный статус, уровень образования) и физиологических (особенности клинической картины, течения и лечения болезни) факторов.

Системный, многомерный характер КЖЗ отражается в концептуальных и методических подходах к его исследованию. Выделяются, по крайней мере, две основные тенденции в определении качества жизни и, соответственно, два основных способа измерения КЖ в медицине — «объективный», т. е. предполагающий оценку качества жизни индивида, даваемую другим человеком (чаще всего — врачом), и «субъективный», предполагающий самооценку. Относительно объективная оценка КЖ включает оценку физического состояния, эмоционального состояния, материального и социального положения больного, его трудоустройства. В субъективной оценке главная роль отводится удовлетворенности больного различными сторонами жизнедеятельности в связи с ситуацией болезни.

Следует отметить, что во многих исследованиях наиболее существенное значение придается именно субъективному компоненту КЖЗ. Качество жизни в значительной степени определяется отношением к здоровью как жизненной ценности, понимание и осознание которой приходит при заболевании. По мнению Б. В. Иовлева, Э. Б. Карповой [6], это может интерпретироваться в контексте теории В. Н. Мясищева как проявление взаимосвязи «система отношений — болезнь». Поэтому психологические механизмы влияния болезни на личность и ее благополучие должны рассматриваться с позиции системы отношений личности в целом с раскрытием субъективного смысла болезни как события в жизни.

В целом можно сказать, что в настоящее время наиболее распространенным является представление о качестве жизни как системном феномене, отражающем степень удовлетворенности человека своим физическим, психологическим, социальным и духовным состоянием (благополучием). Это согласуется с определением качества жизни, предложенным Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), согласно которому КЖЗ отражает восприятие индивидуумами своей позиции в жизни в контексте культуры и системы ценностей общества, в котором они живут, и в связи с их собственными ценностями, ожиданиями, стандартами и интересами.

Таким образом, в современной концепции качества жизни, связанного со здоровьем, этот сложный конструкт выступает как системное явление, интегрирующее объективные показатели и субъективные оценки физического и психологического самочувствия, экономического и социального благополучия и других аспектов жизнедеятельности человека в условиях болезни. Концепция КЖЗ тесно взаимодействует с другими системными концепциями медицинской психологии. Так, опираясь на систему значимых отношений личности, оценка КЖЗ отражает уровень и структуру психической адаптации человека, служит основой для функциональной диагностики в психиатрии и целенаправленного проведения реабилитационных мероприятий.

Концепция психической адаптации и дезадаптации

Системная концепция психической адаптации теснейшим образом связана с другими системными концепциями клинической психологии и медицины. Среди них — концепция личности как системы отношений, концепция реабилитации психически больных, концепция функциональной диагностики в психиатрии, концепция психосоматических расстройств, концепция качества жизни, связанного со здоровьем, и другие концепции. По отношению к ним системная концепция психической адаптации выступает как базисная и более обобщенная, так как в определенном смысле раскрывает механизмы функционирования психики, в том числе ее патологических вариантов, и потому во многом определяет пути их выявления, предупреждения и коррекции.

Проблема изучения психической адаптации человека и ее нарушений издавна привлекала внимание исследователей. В настоящее время ее значение возрастает в связи с возрождением интереса к теории стресса как важного компонента процесса адаптации человека ко все усложняющимся и экстремальным условиям жизни и деятельности. Современная теория психической адаптации и стресса разрабатывается в рамках нескольких исследовательских направлений, среди которых можно выделить биохимическое, физиологическое, психологическое направления.

Системная концепция психической адаптации интегрирует названные и другие направления исследований и рассматривает адаптацию как целостную, многоуровневую (включающую биологический, психологический и социальный уровни) и самоуправляемую функциональную систему, направленную на поддержание устойчивого взаимодействия индивида с окружающей средой [7]. Ю. А. Александровский считает, что система, обеспечивающая адаптированную психическую деятельность, представляет собой совокупность подсистем, соединенных между собой разнообразными связями. Психическая адаптация — результат деятельности этой целостной, самоуправляемой системы, активность которой обеспечивается не просто совокупностью отдельных компонентов, а их взаимодействием и «содействием», порождающими новые интегративные качества, не присущие отдельным образующим подсистемам (системный эффект или эффект интеграции). Важнейшей характеристикой психической адаптации является ее активно-приспособительный характер. Принципиальным отличием функциональной деятельности системы психической адаптации человека от всех других самоуправляемых систем является наличие механизмов сознательного саморегулирования, в основе которых лежит субъективная индивидуально-личностная оценка природных и социальных воздействий на человека. Природные (биологические) и социально-психологические механизмы, определяющие функциональные возможности психической адаптации, включают

различные системы организма. Ю. А. Александровский ведущее положение в иерархии звеньев психической адаптации отводит подсистемам, обеспечивающим поиск, восприятие и переработку информации, эмоциональное реагирование (создающее «личностное отношение» к получаемой информации), социально-психологические контакты, а также подсистемам, обеспечивающим бодрствование и сон, эндокринно-гуморальную регуляцию. Каждая из указанных подсистем, в свою очередь, состоит из собственных звеньев, имеющих относительно самостоятельное значение в ее функциональной активности. Наряду со специфической деятельностью их активность подчинена целому — постоянному стремлению к поддержанию у человека состояния психической адаптации.

Приведенные положения о системной организации и функциональном назначении процесса психической адаптации послужили основой для выделения в целостной системе психической адаптации подсистемы психологической адаптации. При этом входящие в нее названные звенья иерархической организации процесса адаптации (восприятие и переработка информации, эмоциональное реагирование, социальное взаимодействие) отражают трехкомпонентную структуру отношений личности, соответствующую трем основным сферам психической деятельности: перцептивно-когнитивной, эмоционально-аффективной, мотивационно-поведенческой [6]. По современным представлениям, психологическая адаптация включает в себя также комплекс защитно-психологических образований, таких как стратегии и ресурсы совладающего со стрессом поведения (копинг), психологическая защита, а в случае развившегося заболевания — «внутренняя картина болезни». Существенное влияние на механизмы психологической адаптации оказывают личностные особенности индивида. Механизмы психологической адаптации в совокупности с системной деятельностью многих биологических подсистем и составляют систему психической адаптации человека, тесно связанную с социальной адаптацией индивидуума, которая понимается как результирующая процессы приспособления психики человека к условиям и требованиям социальной среды [8].

Таким образом, необходимо еще раз подчеркнуть, что в современной литературе существует четкое представление о том, что психическая адаптация человека является процессом и результатом деятельности целостной, самоуправляемой системы. Такое определение этого сложного биопсихосоциального явления предполагает необходимость его изучения с позиций системного подхода. В частности, М. А. Беребин, Л. И. Вассерман считают, что наиболее полное освещение психической адаптации в медицинской психологии сегодня возможно на основе применения и адекватной интерпретации положений концепции функциональных систем П. К. Анохина.

Адаптированная психическая деятельность является важнейшим фактором, обеспечивающим человеку состояние здоровья. Только в том случае,

когда эта способность поддержания здоровья соответствует уровню, необходимому для активной жизнедеятельности, или превышает его, можно говорить об адаптированной, «нормальной» психической деятельности человека, иными словами, соответствующей показателям психической «нормы». В связи с этим при исследовании психической адаптации существенную роль играет выявление и предупреждение ее нарушений.

Наиболее адекватной исследовательской методологией для изучения состояний психической дезадаптации также представляется системный подход, отражающий единство биологического и психосоциального в формировании психической патологии человека. На разных этапах предболезненного состояния биологические и социально-психологические компоненты системы психической адаптации взаимно компенсируют возможные нарушения каждой из них. Только при отсутствии в силу различных причин взаимокомпенсации и исчерпывании резервных возможностей функциональной активности происходит нарушение адаптационного барьера. В этом случае вся система психической адаптации начинает функционировать ослабленно и асинхронно [7].

Нарушения психической адаптации могут проявляться:

1) в форме пограничных психопатологических явлений (неврозов, функциональных расстройств), сопровождающихся ощущением болезни и определяющихся в основном интрапсихическими конфликтами;
2) в возникновении неадекватного поведения в социальной среде, которое зависит от особенностей личности, ее неправильного формирования и приводит к рассогласованию взаимодействия между индивидуумом и окружением (психопатические реакции или состояния);
3) в психосоматических расстройствах (изменение психофизиологических соотношений, приводящее к нарушениям соматического здоровья) [9].

Таким образом, нарушение психической адаптации под влиянием разнообразных и множественных стрессовых факторов может с высокой вероятностью привести к невротическим, психосоматическим или поведенческим расстройствам с клинически очерченной или субклинической симптоматикой. В связи с этим актуальной становится разработка подходов к оценке психической адаптации. Л. И. Вассерман с соавторами [10] предлагают следующую систему оценки социальной составляющей функционирования индивида:

- 1-й уровень — «социальная устойчивость»;
- 2-й уровень — «сдвиг социальной устойчивости»;
- 3-й уровень — «социальная фрустрированность»;
- 4-й уровень — «социальный конфликт»;

- 5-й уровень— конкретная (очерченная и диагностируемая) форма социальной дезадаптации личности. Эквивалентными оценками биопсихической составляющей функционирования выступают: «предболезнь», «донозологический уровень», «болезнь», отражающие клинико-динамический подход к оценке состояния индивида.

Обобщая все вышесказанное, можно сделать заключение о том, что психическая адаптация понимается как целостная, многомерная и самоуправляемая функциональная система, направленная на поддержание устойчивого взаимодействия индивида с окружающей средой. Такая теоретическая (системная) модель психической адаптации предполагает анализ взаимосвязей биологических (физиологических), психологических (индивидуально-личностных) и социально-средовых ее компонентов, каждый из которых, отличаясь своеобразием и неповторимостью, вносит свой вклад в общий адаптационный механизм. Иными словами, в существующей системе адаптивного поведения тесно взаимосвязаны соматические, нервно-психические и социально-психологические компоненты. Изменение хотя бы одного из них вызывает необходимость включения компенсаторных механизмов.

Нарушения адаптации развиваются в результате расстройства всей функциональной системы в целом, а не изолированного патогенного воздействия на тот или иной ее компонент. При этом нарушение адаптации при сохранении кризисной ситуации может происходить на разных уровнях: биологическом (вегето-висцеральном), психологическом (эмоционально-аффективном, мотивационном) или социальном (межличностного взаимодействия). На начальных этапах нарушения психической адаптации имеют субклинические, донозологические характеристики и занимают промежуточное положение между практическим здоровьем (непатологической адаптацией) и конкретной, нозологически оформившейся нервно-психической и психосоматической патологией или состоянием предболезни.

Говоря о роли психологических факторов в генезе нарушений психической адаптации, прежде всего следует выделить влияние актуальных интрапсихических конфликтов личности, связанных с индивидуальными механизмами защиты и копинг-поведения. Эти механизмы определяют успешность личностно-средового взаимодействия и адаптации в различных социальных средах. При этом психическая дезадаптация в значительной степени является следствием дисбаланса между формой и степенью проявления личностных свойств, с одной стороны, и требованиями социальной среды — с другой. Это подтверждает представления Ю. А. Александровского о том, что в первую очередь происходит нарушение наиболее тонких и сложных форм социально детерминированного психического реагирования человека на окружающее. В связи с этим адаптированное личностное реагирование

понимается как детерминированная требованиям социальной среды сбалансированная совокупность проявления личностных свойств [10].

Таким образом, система психической адаптации является сложной динамической функциональной системой биопсихосоциального приспособления личности к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды. Очевидно, что для своего адекватного изучения она требует использования методологии системного подхода. Это в полной мере распространяется и на патологические варианты функционирования и приспособления личности. Системный характер концепции психической адаптации и дезадаптации определяет ее тесную связь с другими системными концепциями медицинской психологии, также рассматривающими в единстве биологические, психологические и социальные функции человека.

Рассмотренные выше концепции медицины и психологии, имея системный характер, отражают сложную взаимозависимость и соподчинение биологических, психологических и социальных факторов в формировании, течении, прогнозе нервно-психических расстройств и нарушений психической адаптации, а также в подходах к их диагностике, коррекции и реабилитации больных.

В следующем разделе сделана попытка раскрыть системный характер одной из основных составляющих медико-психологической науки и практики — медицинской психодиагностики. В нем показано, что для раскрытия уникальных вариантов функционирования сложной системы психики в норме и патологии необходимо использование соответствующей — системной — методологии психологического исследования. В то же время медицинская психодиагностика, направленная на комплексное, системное рассмотрение психики человека, определяемое ее системным строением, сама выступает как целостная, иерархически организованная, динамическая система, требующая системного подхода к своему исследованию — анализу и описанию.

Медицинская психодиагностика как система деятельности

Системные свойства медицинской психодиагностики

Медицинская психодиагностика является специализированным разделом психологической диагностики — неотъемлемой составной части психологической науки и практики. Она представляет собой системную деятельность медицинских психологов, работающих в различных областях науки и практики. При этом психодиагностическая деятельность медицинских психологов, как любая целенаправленная профессиональная деятельность, име-

ет целостный, интегративный характер, проявляющийся в тесном взаимодействии и взаимообусловленности всех звеньев диагностического процесса. Именно такой характер медицинской психодиагностики позволяет осуществлять целенаправленное и развернутое изучение личности во всем многообразии ее индивидуальных психических проявлений в различных жизненных ситуациях и условиях функционирования.

Как и в других областях психологии, психодиагностическая деятельность в области медицинской психологии (медицинская психодиагностика) основывается на знании законов общей, дифференциальной и экспериментальной психологии, природы и структуры изучаемых психологических феноменов, а также на знании закономерностей процесса психологического исследования, включая характеристики инструментов психодиагностики, социально-коммуникативные и этические аспекты взаимодействия психолога с испытуемым. Кроме того, она опирается на представления современной науки о соотношении психической нормы и патологии, биологического и социального, осознанного и бессознательного в психической жизни человека. В ее основе также лежат клинические представления о соотношении общемозговых и локальных, органических и психогенных факторов в этиологии и патогенезе нарушений психической деятельности, о роли психологических факторов в лечении, психотерапии и социальной реабилитации больных. В связи с этим медицинская психодиагностика должна закономерно рассматриваться как составная часть диагностики в медицине.

Выросшая в недрах психиатрии, медицинская психодиагностика в настоящее время является самостоятельным видом профессиональной деятельности психологов и имеет свои определенные теоретические основы, а также методические принципы, предмет и конкретные практические задачи. Изначально формируясь под влиянием запросов практики и подчиняясь объективным требованиям, возникающим в связи с важными социально-экономическими сдвигами в жизни общества, психодиагностика в настоящее время имеет отчетливую прикладную направленность. Области практического применения результатов медико-психодиагностических исследований разнообразны и имеют тенденцию к постоянному расширению. Среди них — оптимизация процессов обучения и воспитания детей, профотбор и профориентация, психологическое консультирование, психогигиена и психопрофилактика, диагностика, лечение и социально-трудовое восстановление больных и инвалидов, различные виды экспертизы.

Таким образом, медицинская психодиагностика выступает как одна из основных форм научной и практической деятельности психологов в социально значимых областях, направленная на целостное изучение личности человека, ее индивидуальных проявлений и нарушений. Необходимость такого изучения определяется потребностями лечебно-диагностического про-

цесса в клинике и психопрофилактическими задачами по выявлению лиц с повышенным риском психической дезадаптации среди различных групп населения. При этом психологическая диагностика носит интегративный характер, проявляющийся во взаимодействии и организации всех элементов этого процесса.

Все это показывает, что медицинская психодиагностика является сложной динамической системой — системой деятельности медицинского психолога, которая предполагает применение системного подхода для своего адекватного и эффективного изучения.

Методологической особенностью системного подхода является его направленность на раскрытие целостности изучаемого объекта. Он ориентирует исследователя на рассмотрение любой предметной области с позиций системного целого и взаимодействия составляющих его частей. С этих позиций рассмотрим систему медицинской психодиагностики.

Приступая к подобному рассмотрению медицинской психодиагностики, целесообразно определить, к какому классу систем она относится. Согласно типологии системных объектов [11], медицинскую психодиагностику по происхождению следует отнести к искусственным или креационным системам, имеющим, в отличие от систем, возникающих естественным путем, определенную цель и практическое назначение. Она относится также к идеальным (абстрактным, концептуальным) системам, так как представляет собой отображение свойств и характеристик объективно существующих психических процессов и состояний человека.

Медицинская психодиагностика, безусловно, является открытой динамической системой, так как активно взаимодействует с окружающей средой и является подсистемой более общей системы клинической диагностики. Это также организованная (вертикальная, иерархическая) система. Однако главное, что характеризует систему медицинской психодиагностики, — это ее целостность, которая проявляется в интеграции внутренних элементов и частей системы. Как и в других системах, в целостной системе медицинской психодиагностики взаимодействие элементов обусловливает появление новых интегративных качеств.

Так, например, исследование отдельных познавательных функций позволяет в совокупности получить представление об уровне и структуре интеллекта — интегративной модели, на основе которой строятся диагностические и прогностические заключения, этиологические предположения, намечаются пути коррекционной работы. При этом в заключении об уровне и структуре интеллекта интегрируются знания не только о познавательной деятельности испытуемого, но и о его эмоциональном состоянии, мотивационных тенденциях, состоянии волевой и коммуникативной сферы, особенностях биографии и т. д.

Таким образом, медицинская психодиагностика выступает как целостная, иерархически организованная, динамическая искусственная система, моделирующая процесс познания одного человека (клиента, пациента) другим (медицинским психологом).

Согласно основным положениям системного подхода, анализ сложной динамической системы, какой является медицинская психодиагностика, предполагает ее изучение в структурном и функциональном аспектах.

Структура медицинской психодиагностики

С точки зрения структуры медицинская психодиагностика представляет собой многоуровневую иерархическую организацию, которая проявляется как в соподчинении и взаимодействии отдельных структурных компонентов диагностического процесса, так и в последовательном развертывании во времени его этапов.

К структурным компонентам диагностического процесса относятся, в частности, стратегии поведения диагноста, область необходимых ему профессиональных знаний (знания условий, т. е. фоновых причин, вызывающих изменения в поведении испытуемого; знания о возможных изменениях в поведении испытуемого под влиянием диагностического процесса; технологические знания об инструментах психодиагностики и т. д.), исследовательские гипотезы. В Психологическом словаре [12] представлены следующие структурные компоненты психодиагностического процесса:

- методическое обеспечение;
- особенности психологического контакта исследователя с испытуемым в различных психодиагностических ситуациях (в ситуации клиента и экспертизы)[1];
- технология регистрации результатов исследования;
- составление диагностического заключения по результатам исследования и предоставление обратной связи (информации) о результатах;
- профессиональные этические стандарты и требования к психодиагносту.

---

[1] *Ситуация клиента* — это психодиагностическая ситуация, возникающая в тех случаях, когда сам испытуемый является инициатором исследования и является главным адресатом психодиагностической информации. Такая ситуация типична для медико-психологического консультирования, проводимого амбулаторно в психопрофилактических и коррекционных целях. *Ситуация экспертизы* — это психодиагностическая ситуация, возникающая в тех случаях, когда испытуемый подвергается исследованию не по своей инициативе и не является главным адресатом психодиагностической информации, хотя по результатам исследования другими людьми могут быть приняты решения, жизненно важные для испытуемого. Такая ситуация наиболее часто встречается при исследовании больных психоневрологического стационара.

Выделяются также переменные психологического исследования, в совокупности и взаимодействии составляющие структуру (внутреннюю организацию) целостной системы психологической диагностики. К переменным психологического исследования, включенным в систему взаимодействия психолога-диагноста и испытуемого, относятся:

- *ситуация исследования* (материально-физические, социально-психологические и эмоциональные характеристики ситуации, т. е. экологический контекст психологического исследования);
- *цель исследования* (в качестве цели может выступать собственно психологическая диагностика — «констатирующая диагностика», а также информирование испытуемого о результатах исследования, «диагностика с коррекцией» — предоставление испытуемому рекомендаций на основе полученных в исследовании данных; цель исследования во многом определяет его характер, который будет различным, например, при экспресс-психодиагностике эмоционального состояния в связи с задачами объективизации эффективности фармакотерапии и при развернутом исследовании индивидуальных особенностей и наиболее значимых отношений личности в связи с задачами психотерапии);
- *экспериментальные задания* (тип и вид используемого инструментария — нестандартизованные, стандартизованные методики, вербальные и невербальные задания, влияние сложности и других характеристик экспериментальных методик на мотивацию испытуемого, применение современных технических средств в процессе психодиагностики);
- *личность исследователя* (субъектные, личностные, профессиональные качества, осознанные мотивы и неосознаваемые тенденции поведения экспериментатора, его ожидания, ошибки, гипотезы; влияние личности исследователя на ход и результаты психодиагностики, методы контроля этого влияния);
- *личность испытуемого* (психическое состояние испытуемого во время исследования, мотивация участия в исследовании, отношение к его результатам, а также к личности экспериментатора, «внутренняя модель экспериментальной ситуации», методы контроля влияния личности испытуемого и эффектов интеракции психолога и испытуемого на результаты исследования).

Каждая из переменных психологического исследования обусловливает достоверность его результатов и учитывается при планировании исследования и интерпретации его результатов.

Представленные структурные компоненты и переменные составляют «пространственную» структуру системного процесса психологической диагностики. «Временну́ю» структуру этой системы составляют последовательно

осуществляемые, логически связанные и взаимообусловленные этапы проведения психологического исследования. К ним относятся: подготовительный (предэкспериментальный) этап, основное содержание которого составляет клинико-психологическое исследование; этап проведения экспериментального исследования; этап обработки, анализа и интерпретации результатов (подготовка психодиагностического заключения).

Таким образом, с позиций системного подхода структуру процесса психологической диагностики можно оценить как двухмерную — «пространственно-временную» структуру.

Существует еще один взгляд на структуру психологической диагностики, которая рассматривается как система иерархически организованных и взаимосвязанных компонентов (уровней). В соответствии с подходом, предложенным А. Г. Шмелевым [13], психодиагностика характеризуется как интегративная научно-технологическая дисциплина, а ее системное строение представляется как взаимодействие трех уровней:

1) научные теории в области психологии;
2) репертуар конкретных психодиагностических методик;
3) математизированная технология конструирования психодиагностических методик — психометрика.

Первый уровень в названной иерархической системе представляет научная методология психологического исследования познавательной и эмоционально-личностной сферы человека, которая опирается на ряд принципов, выработанных классиками отечественной и зарубежной психологии на этапе становления современной психологической науки. Среди них — принцип единства детерминистического и вероятностного подходов к исследованию психических явлений, принцип единства сознания и деятельности, генетический и исторический, а также антропологический принципы психологии. К ним также относятся принципы гуманистической психологии, нацеливающие на изучение целостной личности человека с уникальным набором психологических характеристик и переживаний. Идеи целостности в подходе к диагностике и лечению больного человека лежат и в основе динамической психиатрии по Г. Аммону. Принципы гуманистической психологии и динамической психиатрии, утверждающие идеи эмпатического понимания и принятия больного с его генетическим и историческим опытом и проблемами, стремлением к росту и развитию, к духовности, к постижению смысла и ценности жизни, как известно, легли в основу «клиент-центрированной» психотерапии. В равной степени они могут составить основу для деонтологически грамотного, опирающегося на профессиональные этические стандарты процесса психологической диагностики в клинической медицине и консультативной практике психолога.

Названные принципы составляют ядро первого (базового) уровня психодиагностики.

Второй уровень в системе психологической диагностики представлен широким спектром психодиагностических инструментов, различающихся по своей предметной направленности (по объекту психологического исследования), операциональным характеристикам и психометрическому статусу. Л. Ф. Бурлачук [14] выделяет три основных диагностических подхода, охватывающих большинство используемых методов и техник психодиагностики:

1. *«Объективный» подход* — психологическая диагностика осуществляется на основе успешности (результативности) и способа (особенностей) выполнения экспериментальных заданий. К методам объективного подхода относятся прежде всего стандартизованные методы исследования (тесты), которые традиционно подразделяются на две большие группы — тесты интеллекта и тесты личности. Разграничение между этими группами имеет условный, но важный для психодиагностики смысл, так как позволяет глубже проникать в сущность изучаемых психических явлений.
2. *«Субъективный» подход* — диагностика осуществляется на основе сведений, сообщаемых испытуемым о себе, самоописания особенностей личности, поведения в тех или иных ситуациях. Субъективный подход представлен в основном открытыми опросниками, методиками субъективного шкалирования и другими методиками.
3. *«Проективный» подход* — диагностика осуществляется на основе анализа особенностей взаимодействия с внешним нейтральным, как бы безличным, материалом, становящимся в силу известной неопределенности (слабоструктурированности) объектом проекции. Этот подход представлен проективными методиками исследования личности.

Важнейшим методическим принципом использования названных психодиагностических подходов является *принцип комплексной диагностики (или системности)*. Этот принцип предполагает сочетание различных методических приемов при диагностике одного и того же свойства, а также сочетание методик, направленных на родственные психические свойства, для повышения валидности психодиагностического заключения. Принцип комплексности предполагает также умелое соотнесение данных инструментального исследования с клинико-описательными данными. Его успешная реализация во многом зависит от особенностей индивидуального опыта психолога в интерпретации результатов исследования с учетом реальной жизненной ситуации испытуемых. На сегодняшний день этот принцип представляется наиболее взвешенным и теоретически обоснованным, по сути, отражающим системный подход к исследованию психических явлений.

Третий уровень в системном строении психодиагностики представлен *психометрикой* (психометрией) — областью психологии, которая изучает теоретические и методологические проблемы измерений в психологии, разрабатывает математические модели для методов психологических измерений (например, модель многомерного шкалирования), определяет формальные требования для экспериментальной проверки психометрических свойств (надежности, валидности, достоверности, наличия репрезентативных норм) разнообразных методов психодиагностики, обосновывает процедуры их разработки, применения и адаптации их к новым условиям.

В психологической литературе можно встретить определения психометрики, фактически отождествляющие ее с психодиагностикой или придающие ей статус теоретико-методологической основы психодиагностики, что значительно сужает границы последней и приравнивает ее к тестологии. Такое отождествление, на наш взгляд, не является правомерным, так как лишает психодиагностику своего предмета исследования: хотя психодиагностика связана с формулированием принципов построения и правил использования психодиагностических методик, а также с научно обоснованной адаптацией зарубежных тестов, это не является ее единственной и исчерпывающей функцией.

Психологический диагноз как функциональный компонент медицинской психодиагностики

Структурные качества системы неотрывны от ее функциональных характеристик, так как структура и функция раскрывают различные аспекты системного объекта, характеризуя его как целое. С функциональной точки зрения система характеризуется ее связями с внешней средой, целенаправленной деятельностью, активностью. Согласно представлениям П. К. Анохина, активность системы всегда направлена на получение конечного полезного результата. Именно полезный результат деятельности системы — цель — выступает в качестве ее «системообразующего фактора».

При рассмотрении функционального аспекта психологической диагностики многие авторы видят ее цель в том, чтобы фиксировать и описывать в упорядоченном виде психологические различия, как между людьми, так и между группами людей, объединенных по каким-либо признакам. Исходя из этого формулируются определения психологической диагностики, в которых она связывается, в первую очередь, с задачами классификации и ранжирования людей по психологическим признакам. В то же время более распространенным является определение психодиагностики как науки и практики постановки *психологического диагноза*, что предполагает выявление психологических портретов индивидуумов и социальных общностей, а также, по мере возможности, объяснение их генезиса, причин и следствий [15].

Таким образом, в самом общем виде цель системы психологической диагностики может быть определена как получение объективной информации о совокупности психологических характеристик исследуемого, механизмах их формирования и предполагаемой динамике, а также представление этой информации в систематизированном виде — в виде психологического заключения (психологического диагноза).

Определяющей в системном описании результатов психологического исследования является клиническая задача, в связи с которой оно проводится. В качестве такой задачи может выступать определение возможных причин и механизмов (психогенных, социогенных) возникновения психических расстройств и нарушений социальной адаптации, а также оценка структуры и степени выраженности психических расстройств и выявление сохранных сторон личности при проведении дифференциальной диагностики и различных видов экспертизы, при определении путей психологической коррекции и психотерапии, при оценке динамики течения заболевания и эффективности терапии. В конкретном психодиагностическом исследовании такая задача выступает в качестве системообразующего фактора, определяющего как стратегию и тактику проведения самого исследования, так и характер системного описания его результатов — психодиагностического заключения.

Решение общей (системной) клинической задачи, которой подчинено психологическое исследование, осуществляется путем выполнения ряда более частных, конкретных задач психодиагностики. Конкретными задачами медико-психологической диагностики могут выступать выявление и психологическая квалификация особенностей и нарушений: психомоторной и познавательной деятельности; структуры и уровня интеллекта как интегральных характеристик познавательной деятельности; актуального психического состояния; эмоционально-аффективной и мотивационно-волевой сферы личности; структуры (типологии) личности; уровня и механизмов психологической адаптации и компенсации (защитно-совладающего поведения); системы значимых отношений, реакций личности на болезнь и социального функционирования личности в условиях болезни; качества жизни, связанного со здоровьем, и другие задачи.

Структура психологического диагноза во многом определяется названными задачами психодиагностического исследования. Эта структура может иметь многоуровневый характер. В историческом плане представляет интерес предложенная Л. С. Выготским [16] классификация уровней психологического диагноза, упорядоченных по глубине проникновения в состояние исследуемого.

1. *Симптоматический (или эмпирический) диагноз*, ограничивающийся констатацией определенных особенностей или симптомов, на основа-

нии которых непосредственно строятся практические выводы. Такой диагноз Л. С. Выготский не считал собственно научным, так как установления симптомов недостаточно для вынесения обоснованного диагностического заключения.

2. *Этиологический диагноз*, учитывающий не только наличие определенных особенностей или симптомов, но и причины их возникновения.
3. *Типологический диагноз*, заключающийся в определении места и значения полученных данных в целостной, динамичной картине личности.

Л. С. Выготский подчеркивал также, что психологический диагноз неразрывно связан с *прогнозом*. В настоящее время общепризнанным является положение о том, что психологический диагноз не должен ограничиваться констатацией имеющихся индивидуально-психологических свойств личности. Хотя бы в предположительном плане он должен определять причины возникновения тех или иных психологических факторов и дальнейший прогноз развития личности, давать рекомендации, вытекающие из задач психодиагностического исследования.

Психологический диагноз как один из видов системных описаний в психологии должен иметь комплексный, системный характер. Помимо указания на принадлежность испытуемого к определенному психологическому типу, он должен содержать указания на ряд сугубо индивидуальных свойств и, следовательно, представлять собой более или менее развернутое описание. При этом наряду с «отрицательными» признаками (нарушениями, изменениями, отклонениями) в психологическом диагнозе, как правило, указываются и релевантные положительные свойства обследуемого. Диагноз отсутствия отклонений и диагноз благополучия тоже имеют научную и практическую значимость. К тому же во многих случаях полученные данные вообще не могут трактоваться с позиций оценки «желательное — нежелательное» или «наличие — отсутствие отклонений». В клинической психологии диалектику отношений сохранных и нарушенных болезнью психических качеств человека отражают понятия позитивной и негативной диагностики.

Коррекционный аспект медицинской психодиагностики

Важной особенностью медико-психологической диагностики является не только ее нацеленность на получение значимой для клинической оценки больного или испытывающего психологические трудности человека информации. Психологическая диагностика выступает также как начало психотерапевтического (психокоррекционного) и социо-реабилитационного процесса. В ходе психологического исследования устанавливается контакт психолога с испытуемым, от характера которого зависят достоверность получаемых в исследовании данных и успешность дальнейшего терапевтиче-

ского процесса. В связи с этим, опираясь на положения С. Л. Рубинштейна об активном, формирующем воздействии психологического исследования, в современной психологии выделяются **две основные функции психодиагностики**: *гностическая* (информационная) и *преобразовательная* (коррекционная). Это соответствует представлению о гуманизации психологической диагностики, проявляющейся как во введении новых, содержательных критериев оценки результатов исследования, ориентированных не на статистическую норму, а на так называемый социально-психологический норматив (СПН), так и в реализации принципа коррекционности, поиске развивающего и психотерапевтического эффекта исследования.

При реализации этих функций практическая психодиагностика опирается на определенный свод правил проведения исследования и регламентацию действий психолога в контакте с испытуемым. Эти действия предполагают знание *социально-психологических аспектов* восприятия и взаимодействия человека с человеком, а также *этических и профессиональных норм* психодиагностической работы. Существенную роль играют учет исторических аспектов развития личности, мотивации испытуемого в процессе исследования и знание способов ее формирования и поддержания, умение оценить состояние обследуемого, знания и навыки сообщения информации обследуемому (клиенту, пациенту) о нем самом, недопустимость действий, которые непроизвольно могли бы нанести вред обследуемому (например, сформировать ятрогению), умение представить информацию для заказчика (педагога, врача) и многое другое. При этом, как указывает А. Анастази, психологическое диагностирование не означает навешивания на индивида ярлыка из категориального аппарата традиционной психиатрии. Диагностическое тестирование следует использовать как средство для описания и понимания индивида, выявления его проблем и выработки в соответствии с полученными данными действительного решения, а также как средство содействия самопознанию и развитию личности.

В практике психодиагностического исследования и интерпретации его результатов (при подготовке психологического заключения), нередко имеющих серьезное значение для судьбы испытуемого, медицинский психолог руководствуется теми же этико-деонтологическими нормами, которые традиционны для врачей. Кроме того, медицинский психолог в своей диагностической работе опирается на принципы нормативного регулирования исследовательского и практического использования психодиагностических методик. Он также строит свою работу с учетом *международных профессионально-этических стандартов*, принятых в работе психологов. Основные идеи стандартов, имеющих непосредственное отношение к психодиагностической деятельности, могут быть кратко сформулированы в виде следующих принципов. Это принципы ответственности, компетентности, этической и юридической правомочности, конфиденциальности, благополучия

клиента, информирования клиента о целях обследования, морально-позитивного (коррекционного) эффекта исследования.

Взаимодействие психологической и клинической диагностики

При рассмотрении функций медицинской психодиагностики необходимо выделить такую важную для существования любой системы характеристику, как взаимодействие со средой. Согласно системным представлениям, исследование объекта как системы в методологическом плане неотделимо от анализа условий его существования и взаимодействия с элементами окружающей среды. Единство системы и среды выступает в качестве одного из основных, базисных системных качеств. При этом особое значение имеет анализ взаимоотношений изучаемой системы с системами более высокого уровня.

По отношению к медицинской психодиагностике системой более высокого порядка, включающей ее как подсистему, взаимодействующую с другими составляющими лечебно-диагностического процесса, является система клинической диагностики. Данные, получаемые психологом в процессе медико-психодиагностического исследования, оцениваются врачом-клиницистом в единстве с результатами собственного клинического обследования, заключениями врачей других специальностей, данными инструментальных и лабораторных исследований, другими данными. Таким образом, данные психологического исследования выступают как один из видов информации, используемых врачом в процессе клинической диагностики, осуществляемой на основе комплексного изучения больного.

В соответствии с современными этиопатогенетическими представлениями, клиническая диагностика предполагает не только установление диагноза болезни, но и раскрытие психологических механизмов ее возникновения, течения, патопластики. В связи с этим особое значение приобретает изучение личности больного, системы его значимых отношений и особенностей функционирования в условиях болезни. Поэтому в многомерной системе клинической диагностики подсистема психологической диагностики выполняет определенные, свойственные только ей функции. Можно сказать, что данные психологического исследования используются для оценки клинико-психопатологической составляющей болезни, а при оценке психологической и социальных составляющих занимают центральное место и служат основой для определения задач и методов психотерапевтической и социореабилитационной работы.

Разбирая функции системы медицинской психодиагностики, можно выделить еще один аспект ее взаимодействия с окружающей средой. Если рассматривать информационную (гностическую) функцию психодиагностики

не только в контексте получения информации, но и предоставления обратной связи, то элементами окружающей среды по отношению к ней будут выступать пользователи психологических заключений — психологи, психотерапевты, психиатры, врачи других специальностей, педагоги, социальные работники, юристы.

Обмен информацией происходит также между психологом, проводящим психологическое исследование, и членами социального окружения больного. Получение объективных данных о поведении и личности пациента от родственников, участников неформального общения, как и от социальных институтов, является существенной частью психодиагностического процесса. С другой стороны, предоставление психологом в адекватной форме информации о психологических особенностях пациента членам его микросоциального окружения составляет часть психотерапевтической и социореабилитационной работы психолога.

Таким образом, во взаимодействии психолога-диагноста с членами своего профессионального окружения и с членами социального окружения больного реализуются информационная и коррекционная функции психодиагностики.

В завершение рассмотрения функционального аспекта системы медико-психологической диагностики можно сделать вывод о ее полифункциональном характере. При этом основными функциями медицинской психодиагностики в клинике, как было показано, выступают информационная (гностическая), прогностическая и коррекционная функции. При их реализации особое значение имеет взаимодействие психологической диагностики с другими подсистемами лечебно-диагностического процесса и внетерапевтическим окружением больного. Существенную роль играют также мониторинговые, скрининговые и другие массовые психологические исследования, в которых реализуется профилактическая функция медицинской психодиагностики.

При обобщении представленных положений о структуре и функциях медицинской психодиагностики, во взаимодействии которых проявляется ее целостность как системы, можно сделать следующее заключение.

Психодиагностическое исследование в медицинской практике, как и в других социально значимых областях жизни и деятельности человека, — это сложный, структурированный и развернутый во времени, интерактивный познавательный процесс, в ходе которого психолог-диагност должен сформулировать психологическое заключение, релевантное поставленной задаче исследования и запросам пользователя.

Медицинская психодиагностика опирается на выработанные в течение десятилетий принципы проведения, имеет многоуровневую структуру и понимается как прикладное клинико-психологическое и экспериментальное исследование, использующее систему методов и конкретных методических приемов с целью выявления либо актуального психического состояния ис-

следуемого, либо его относительно устойчивых личностных и интеллектуальных свойств.

Психологическая диагностика в клинике является необходимым элементом лечебно-диагностического и реабилитационного процесса, предваряющим и оценивающим результат активных социопсихологических мероприятий (психотерапии, психокоррекции, социально-психологического тренинга), а также психофармакотерапии.

В профилактической медицине психологическая диагностика нацелена на выявление факторов и групп лиц с повышенным риском психической дезадаптации, проявляющейся в форме психосоматических, пограничных нервно-психических или поведенческих расстройств. Это также имеет существенное значение для такой синтетической области психологии, как психология экстремальных и кризисных ситуаций, занимающейся психологическими аспектами формирования посттравматических стрессовых расстройств и их коррекции.

Выявленные в психологическом исследовании нарушения психического состояния, познавательной деятельности, эмоционально-личностных свойств, социального функционирования личности подвергаются клиническому осмыслению и служат объектом («мишенями») терапевтических и социовосстановительных мероприятий. Напротив, выявленные в исследовании сохранные стороны личности рассматриваются как ресурсы для использования в реадаптационных мероприятиях, «опора» психокоррекции и психотерапии. Так понимаемая психологическая диагностика в клинике фактически является начальным этапом социальной реабилитации больных, от ее результатов зависит последующий выбор путей и средств реабилитации. В процессе психодиагностики устанавливается психотерапевтический контакт с больным. Характер контакта во многом предопределяет эффективность всех последующих мероприятий.

Список литературы

1. *Кабанов М. М.* Реабилитация психически больных. 2-е изд., доп. и перераб. Л., 1985.
2. *Воловик В. М.* Системный подход и функциональный диагноз // Проблемы системного подхода в психиатрии. Рига, 1977.
3. *Коцюбинский А. П., Зайцев В. В.* Функциональный диагноз: теоретическая конструкция или реальный феномен? // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. 2004. № 1.
4. *Мясищев В. Н.* Личность и неврозы. Л., 1960.
5. *Васссерман Л. И., Громов С. А., Михайлов В. А., Лынник С. Д., Флерова И. Л.* Концепции реабилитации и качества жизни: преемственность и различия

в современных подходах // Психосоциальная реабилитация и качество жизни. СПб., 2001.

6. *Иовлев Б. В., Карпова Э. Б.* Психология отношений. Концепция В. Н. Мясищева и медицинская психология. СПб., 1999.
7. *Александровский Ю. А.* Пограничные психические расстройства: Учебное пособие. 3-е изд., перераб. и доп. М., 2000.
8. *Коцюбинский А. П.* Биопсихосоциальная модель шизофрении // Психосоциальная реабилитация и качество жизни. СПб., 2001.
9. *Березин Ф. Б.* Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л., 1988.
10. *Вассерман Л. И., Беребин М. А., Косенков Н. И.* О системном подходе в оценке психической адаптации // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. 1994. № 3.
11. *Синельников Б. М., Горшков В. А., Свечников В. П.* Системный подход в научном познании. М., 1999.
12. Психологический словарь / Под ред. В. П. Зинченко, Б. Г. Мещерякова. 2-е изд., перераб., доп. М., 2006.
13. *Шмелев А. Г. и коллектив.* Основы психодиагностики: Учебное пособие. Ростов-на-Дону, 1996.
14. *Бурлачук Л. Ф.* Психодиагностика. СПб., 2002.
15. *Суходольский Г. В.* Математическая психология. СПб., 1997.
16. *Выготский Л. С.* Собрание сочинений. В 6 т. Т. 5. Основы дефектологии. М., 1983.

Глава 4

Современные теории интеллекта и практика

Как и в любой молодой науке, в психологии интеллекта практика диагностики интеллектуальных способностей повсеместно обгоняет попытки их теоретического объяснения. Пока в различных областях общественной жизни и науки широко и успешно используются результаты психометрических измерений когнитивной сферы, ученые продолжают оспаривать само существование феномена интеллекта и права его оценки по суммарному количественному показателю — коэффициенту интеллектуальности (*IQ*).

Практическое измерение *IQ* в нашей стране неизменно используется в педагогической психологии, в системе образования, в медицинской диагностике и реабилитации, судебно-медицинской и медико-социально-трудовой экспертизе, профессиональной ориентации и профессиональном отборе. На основании *IQ* делают надежные предсказания о динамике и отдаленном уровне психического развития детей, о степени возможного восстановления общего психологического и когнитивного функционирования у людей с мозговыми повреждениями, о будущей школьной успеваемости, академической и профессиональной успешности, уровне достижений в различных областях науки и общественной практики, творческой продуктивности. Между тем, в науке до сих пор нет удовлетворительного объяснения ни природы интеллектуальных способностей, ни связей интеллекта (*IQ*) с различными социально-психологическими и биологическими переменными. До сих пор существующие теории интеллекта недостаточно объясняли его феноменологию и мало влияли на практику его измерений. В последнее десятилетие, по мнению ряда зарубежных ученых, отрыв теории интеллекта от практики значительно сократился благодаря появлению факторно-аналитической теории когнитивных способностей Кэттелла—Хорна—Кэрролла (Cattell—Horn—Carroll (CHC)). Разработан-

ная в рамках этой теории систематика множества интеллектуальных способностей создала базу для согласованного понимания работы интеллекта, способов релевантного измерения и оценивания разных его сторон. CHC-таксономия дает в руки практикам-психологам то, что химии подарила таблица химических элементов Менделеева. Многие признанные зарубежные психометрические тесты интеллекта построены с учетом факторной CHC-модели познавательных способностей. Отечественные психологи, которые, к сожалению, не имеют возможности использовать эти методики или их современные редакции в своей практике, должны хотя бы представлять себе, насколько исторические уже версии тестов WAIS (1955), WISC (1949) и WPPSI (1967), адаптированные в России, соответствуют современным конструкциям тестовых батарей интеллекта и способам интерпретации результатов тестирования. Некоторые из затронутых выше актуальных вопросов CHC-теории когнитивных способностей и факторно-аналитических исследований интеллекта подробно излагаются в данной главе.

Факторно-аналитические модели интеллекта

В отечественной литературе многие вопросы о факторах и структуре интеллекта освещены весьма подробно. Наиболее полную классификацию и подробное описание самых значительных теорий в этой области представляет М. А. Холодная [1]. Критически анализируя достижения и недостатки различных подходов к изучению интеллекта, наибольшей критике исследователь подвергает психометрический или «тестологический» подход. «Гора родила мышь» — таков, по ее мнению, драматический урок тестологии. По-видимому, этот горький упрек относится к итогу почти столетних факторно-аналитических исследований интеллекта за рубежом — теории CHC, необычайно высоко оцениваемой в современной англоязычной литературе. В чем причина столь резких разногласий в оценке психометрических теорий интеллекта представителями отечественной и зарубежной науки? Вероятно, она кроется в традиционном скептическом отношении советской теоретической психологии к психометрическим методам, а заодно и к факторному и корреляционному анализу как самостоятельным и достаточным инструментам, способным проникнуть в глубинную природу психических явлений, столь сложных, как, например, интеллект. «Корреляционная и факторная аргументация, по-видимому, принципиально недостаточна для каких-либо объяснительных суждений и соответственно для построений теорий интеллекта...» [1]. Справедливости ради следует все же заметить, что в отечественной психологии есть и другие мнения ряда крупных ученых в оценке факторно-аналитических исследований интеллекта [2, 3].

Цель данного раздела главы — познакомить читателя с основными этапами развития факторно-аналитических моделей интеллекта и обсудить основные итоги этих исследований для теории интеллекта и практики его диагностики. До появления и признания теории интеллектуальных способностей Кэттелла—Хорна—Кэрролла (CHC) подавляющее большинство методов диагностики интеллекта создавалось их авторами интуитивным, эмпирическим путем. В общих чертах исторический путь формирования итоговой факторно-аналитической конструкции интеллекта представлен на рис. 4.1.

Факторно-аналитические модели, как это видно из рис. 4.1, представляют строение интеллекта как комплекс умственных способностей (факторов), в той или иной степени независимых друг от друга.[1] Различие многочисленных теорий этого типа составляют названия и число выделенных факторов, а также характер их взаимозависимостей (линейный или иерархический).[2]

На рис. 4.1, *а* представлена факторно-аналитическая теория интеллекта Ч. Спирмена, родоначальника терминов «главный фактор интеллекта», или фактор *g*. Первоначально автор выделял в структуре интеллекта «генеральный фактор» (*g*), определяющий успешность выполнения любых тестовых заданий, а также ряд «специальных факторов», значимых для выполнения отдельных тестовых заданий (*s*). В принципе, эта двухфакторная структура интеллектуальных способностей является *иерархической*. Позднее, под давлением новых результатов статистического анализа, Спирмен вынужден был признать существование групповых факторов интеллекта, так как обнаружилось, что корреляции, существующие между тестами, не могут быть объяснены исключительно наличием одного «генерального фактора».

В 1934 г., проведя широкое исследование с использованием 56 различных интеллектуальных тестов, Терстоун не получил при факторном анализе результатов какого-то одного общего фактора. Он предложил «мультифакторную модель интеллекта», в которую включил семь «первичных факторов», определяющих относительно независимые умственные способности: *пространственную визуализацию, перцептивную скорость, числовые способности, вербальное понимание, ассоциативную память, словесную беглость и способность к суждениям*. Теория интеллекта Терстоуна представляет пример *линейной* структуры (рис. 4.1, *б*).

[1] При полной их независимости получается теория Множественных интеллектов Гарднера (*MI*) (1993; 1999).

[2] Например, многомерная теория интеллекта Гилфорда (Gilford J., 1967, 1980) теоретически предполагает существование 120 (4×5×6) факторов интеллектуальных способностей, получаемых различным сочетанием содержания, вида интеллектуальных операций и их конечного продукта. Эта факторная теория не представлена на рисунке как не оказавшая влияния на развитие CHC-модели интеллекта.

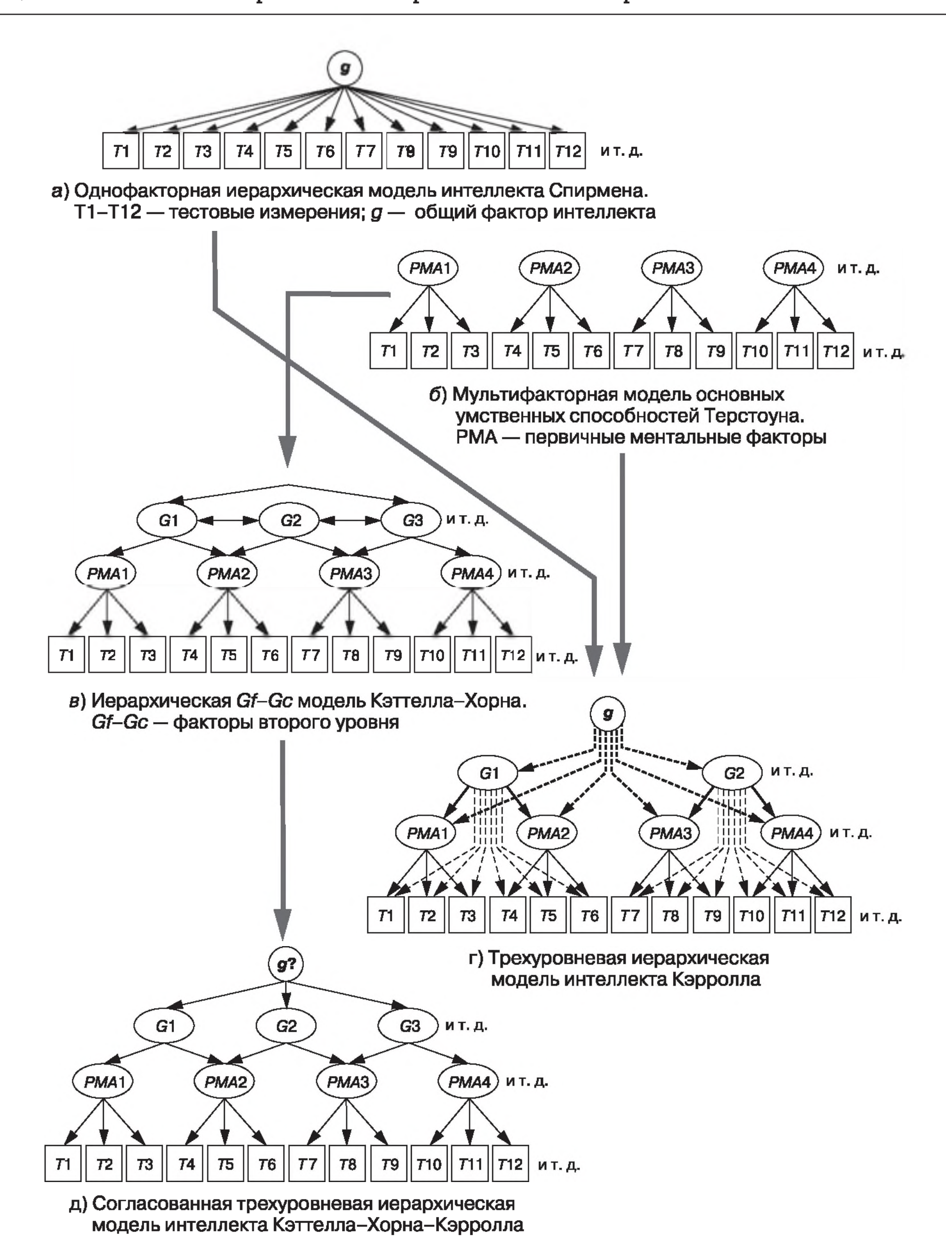


Рис. 4.1. Основные стадии развития психометрических теорий интеллекта

Однако эта концепция, по существу отрицающая общую основу интеллекта, была поставлена под сомнение сначала самим Спирменом, а затем и другими исследователями. Спирмен (1939 г.) подверг повторному факторному анализу данные Терстоуна и выявил общий фактор *g* для некоторых групповых факторов (вербального, пространственного, числового и фактора памяти).

Г. Айзенк (1979) также провел исследования, подтверждающие наличие тесных связей между первичными факторами Терстоуна.

Дальнейшее развитие факторно-аналитическая модель интеллекта получила в работах Р. Кэттелла и его ученика Д. Хорна. Структура интеллекта, по мнению этих ученых, согласно результатам факторного анализа, примененного ими к данным многочисленных корреляционных исследований, включает не один фактор *g*, а как минимум два генеральных фактора: «текучий» (*fluid*) — (*Gf*) и «кристаллизованный» (*cristallized*) — (*Gc*) интеллект (рис. 4.1, *в*). Первый фактор представляет собой «биологическую» способность (*biological capacity*) и выступает главным образом в задачах, решение которых требует приспособления к новым ситуациям и находится за пределами усвоенных знаний и навыков адаптации. Второй фактор в большой степени зависит от образования, культуры и выступает при решении задач, требующих активизации ранее сформированных навыков, использования прошлого опыта. Позже Кэттелл и Хорн увеличили число общих факторов, сначала до 5 (*Gf*, *Gc* + факторы *визуализации, когнитивной скорости и отставленного воспоминания*), а затем Хорн добавил еще несколько факторов (факторы *кратковременной памяти, аудиальных, математических способностей* и др.).

Новой попыткой интеграции двух противоположных взглядов на строение интеллекта стала трехуровневая факторная модель интеллекта Дж. Кэрролла [4] (рис. 4.1, *г*). Этот выдающийся исследователь за 10 лет проделал беспримерную работу, подвергнув факторному анализу огромное число тестовых результатов, полученных в 461 независимом психометрическом исследовании интеллекта за последние 50 лет. Его работу необычайно высоко оценивает все современное научное сообщество, отмечая, что столь грандиозного эмпирического подкрепления не получала еще ни одна другая теория. Его книгу «Когнитивные способности человека» сравнивают с фундаментальными трудами И. Ньютона в области физики или Б. Рассела в философии. Благодаря использованию новейших методов факторного анализа и достижений компьютерной техники Кэрроллу удалось выделить три уровня соподчиненных факторов интеллекта. В первый, самый нижний, уровень он включил так называемые «узкие способности», измеряемые различными специальными тестами (например, способности фонетического анализа, чувствительность к проблемам или скорость правильных решений). На втором уровне расположились «широкие факторы способностей»: *вербальные способности* (кристаллизованный интеллект), *способности суждений* (текучий интеллект), *памяти и научения, способности визуальной перцепции, слухового восприятия, когнитивной скорости, фактор знаний и достижений*, а также другие способности интеллекта (например, административные или сенсорные способности, внимание и когнитивный стиль). На вершине этой иерархии был поставлен фактор *g*.

Итоговой иерархической моделью интеллекта стала теория CHC, по имени трех выдающихся исследователей (Кэттелла—Хорна—Кэрролла). Двое

из них, Хорн и Кэрролл, в процессе личной коммуникации в июле 1999 г., работая в качестве научных консультантов над новой редакцией теста Вудкока–Джонсона, пришли к соглашению по всем вопросам факторного строения интеллекта, кроме признания существования общей интеллектуальной способности — *g* (рис. 4.1, *д*). При этом Кэрролл указывал на предварительный характер этой модели, которая позволяет включать в нее любые вновь открытые «узкие» или «широкие» способности, если их независимость подтвердится факторно-аналитическими техниками проверки. Как и предсказывал ученый, теория CHC продолжает пополняться открытиями других независимых факторов (например, тактильно-кинестетическим или фактором экспертных способностей). Поиск новых данных проводится в направлениях, заданных еще при жизни Кэрролла. Таким образом, в рамках факторно-аналитического подхода была сформулирована и остается актуальной до настоящего времени иерархическая теория интеллекта.

Доказательства правдоподобности этих моделей авторы черпают в математико-статистических методах проверки связей, используя разные виды факторного анализа. Во многом такие аргументы являются больше формально-математическими, чем собственно психологическими. Никакой корреляционный или факторный анализ, как справедливо отмечает М. А. Холодная, не может указать ни направление зависимостей, ни природу скрытых за выделенными факторами переменных, что с сожалением признают даже самые активные приверженцы факторно-аналитических теорий. Но, несмотря на все эти проблемы, методы факторного анализа, бесспорно, остаются продуктивными как для развития теорий интеллекта, так и для их проверки. Дальнейшие разделы данной главы демонстрируют убедительные доказательства этому.

Новейшая систематика интеллектуальных способностей в рамках иерархической модели CHC как попытка сократить разрыв между теорией и практикой

Систематику интеллектуальных способностей в рамках теории CHC ученые не без гордости называют «розой ветров» или компасом в море измерений различных когнитивных функций человека. В ней в строгой, статистически и экспериментально обоснованной иерархии представлены не только разнообразные компоненты общих и специальных когнитивных способностей, но и операциональное определение каждой из них. Теперь самые разные исследователи и практики могут свободно ориентироваться в подборе соответствующих тестовых испытаний, их количества и состава в соответствии со своими целями измерения тех или иных сторон интеллектуальной

деятельности. Они обеспечены также единым словарем терминов и системой интерпретации различных измерений.

Множество дискретных когнитивных способностей, измеряемых различными тестами, определяются как первичные (или узкие) умственные способности. В таксономии теории СНС их насчитывается около 80. На втором уровне иерархической структуры интеллекта выделяются факторы широких способностей, их число варьируется от 8 до 14. Ниже приводится наиболее полный список выявленных на сегодняшний день факторов широких и узких интеллектуальных способностей. «Широкие» факторы выделены жирным шрифтом, а «узкие» — курсивом. Данный перечень интеллектуальных способностей составлен на основе различных литературных источников. Перечень способностей не является строго определенным на любом из этих уровней. Возможны дальнейшие уточнения количества факторов в процессе новых исследований. Первоначально их систематизацию осуществил Кэрролл, затем ее расширил и дополнил Макгрей в 1997 г. Настоящий перечень, также составленный Макгреем [5], включает данные и ряда других исследователей[1].

СНС-каталог интеллектуальных способностей

Текучий интеллект/рассуждающий (Gf) — широкий фактор способностей. Использование обдуманных и контролируемых умственных операций для решения новых, имеющих «слепое пятно» проблем (т. е. таких задач, которые нельзя выполнить автоматически). Эти умственные операции включают выведение каких-то заключений, формирование понятий, классификацию, обобщение и проверку гипотез, определение отношений, понимание значений или смысла, решение проблем, экстраполяцию, видоизменение информации. Индуктивное рассуждение (переход от частных суждений, знаний к общим суждениям, заключениям) и дедуктивное рассуждение (извлечение решений и заключений путем рассуждений, особенно выведение из общих и универсальных посылок необходимо следующих частных суждений и выводов) рассматриваются как высшие индикаторы текучего интеллекта. **Gf** связан с когнитивной сложностью, которая может быть определена как более значительное использование разнообразного и большого числа элементарных когнитивных операций и процессов при выполнении умственных задач.

Фактор текучего интеллекта охватывает ряд более узких способностей.

Обобщенное последовательное рассуждение (дедуктивное) — RG. Способность начинать рассуждения с установленных утверждений (правил, посылок или условий) и производить далее один или несколько шагов, ведущих

[1] Более подробную информацию по систематизации факторов СНС-теории можно получить на сайте http//www.com/chcdef.htm.

к решению проблемы. Этот процесс, по сути, является дедуктивным, так как лежит в основе способностей выводить специфические суждения, исходя из общих посылок или условий. Часто его именуют также гипотетико-дедуктивным мышлением.

Индукция — I. Способность вскрывать характеристики (правила, понятия, принципы, тенденции, классовую принадлежность), которые лежат в основе частных проблем или ряда наблюдений, либо способность применять ранее усвоенные правила к решению проблем. Рассуждения, которые осуществляют переход от частных случаев или наблюдений к генерализованным обобщениям или общим правилам. Такое мышление часто требует комбинирования отдельных частей информации для выведения общих заключений, правил, гипотез или решений.

Количественные рассуждения — RQ. Способность индуктивно (*I*) и/или дедуктивно (*RG*) рассуждать, используя понятия, включающие математические отношения или свойства.

Рассуждения Пиаже — RP. Способность демонстрировать понимание и применение (в форме логического мышления) понятий, определенных в теории когнитивного развития Пиаже. Эти понятия включают сериацию (организацию материала в упорядоченные серии, которые усиливают понимание связей и отношений между явлениями), консервацию (осознание того, что количество вещества (предметов) не меняется при его альтернативном предъявлении), классификацию (способность организовывать материал имеющих сходство категориальных признаков) и др.

Скорость рассуждений — RE. Скорость и беглость выполнения задач, требующих рассуждения (например, скорость обобщения множества возможных правил, заключений, необходимых для решения проблем). Эта способность также входит в фактор когнитивной скорости (*GS*).

Факторы узких, или специальных, способностей обычно измеряются с помощью тестов, которые требуют, например:

- определения принципов связи между элементами;
- нахождения решений вербальных проблем;
- решения проблем выявления связей между фигурами;
- осознания связей между частями информации;
- определения символов, не принадлежащих к заданному классу объектов;
- образования новых понятий по примеру заданных и др.

Кристаллизованный интеллект/знания — Gc. По определению Хорна, это тот культурный интеллект, который усвоен (интериоризован) индивидуумом в процессе его социализации и жизни внутри данной культуры. **Gc** обычно описывается как богатство (ширина и глубина) приобретенных лич-

ностью знаний в области языка, информации и понятий, специфических для его культуры, и/или применение этих знаний. **Gc** является главным образом хранилищем вербальных или основанных на языке декларативных (знание о том, «что») и процедурных (знание о том, «как») знаний, приобретенных посредством других способностей («вложенных» ими) в течение формального и неформального образования и общего жизненного опыта.

Языковое развитие — LD. Общее развитие и навыки в области понимания и применения значений слов, предложений, параграфов (не требующих чтения), чтобы выражать и передавать свои мысли и чувства в устной речи на своем родном языке.

Лексическое знание — VL. Объем словаря — существительные, глаголы, прилагательные, которые должны быть поняты в терминах правильного значения слов. И хотя очевидно, что эта способность является компонентом *LD*, в реальных исследованиях весьма трудно распутать эти две высоко коррелирующие между собой способности.

Способности слушать — LS. Способности слышать и понимать значение устной коммуникации (произносимых слов, предложений, фраз и параграфов). Способность воспринимать и понимать речевую информацию.

Общая вербальная информация — KO. Степень общей осведомленности (объем общих знаний, преимущественно вербальных).

Информация о культуре — K2. Уровень имеющихся общих культурных знаний (в области музыки, живописи, искусства и т. д.).

Коммуникативная способность — CM. Способность говорить в реальной жизненной ситуации (на лекции, в групповом разговоре) в манере, которая может передать мысли, чувства, идеи от одного индивидуума к другому.

Устная продуктивность или беглость — OP. Более специфическая и узкая коммуникативная способность устной речи, чем та, которую определяет фактор *CM*.

Грамматическая чувствительность — MY. Знание или осознание различных особенностей и структурных принципов родного языка, которые разрешают определенные конструкции слов (морфология) или предложений (синтаксис). Не требуются навыки применения этих знаний.

Знание иностранных языков — KL. То же, что и *LD*, но для иностранного языка.

Склонность к усвоению иностранного языка — LA. Степень и легкость обучения иностранному языку.

Для оценки узких способностей кристаллизованного интеллекта используются тесты, направленные, например на:

- видение проблем (предположить возможные пути решения проблем — как закрепить тостер и др.);
- рассуждения силлогизмами (из заданных посылок вывести правильно заключения, хотя бы и бессмысленные);

- преодоление вербальных преград (понимание гештальтов — слов или предложений с пропущенными частями);
- понимание поведенческих отношений и связей (оценить характер и существо взаимодействий между личностями и то, как они чувствуют ситуацию);
- использование технических знаний (определить инструменты, снаряжение, принципы решения технических, механических проблем);
- понимание общей информации, широта круга знаний.

Общие знания в специальных областях — Gkn. Широта и глубина индивидуальных познаний в специальных областях, которые обычно не представлены в универсальном опыте индивидуумов данной культуры (**Gc**). **Gkn** отражает глубину специальных знаний в какой-то области, приобретенных посредством интенсивной систематической практики и тренировки (в течение длительного периода времени) и поддерживаемых благодаря регулярному продолжению этой практики и значительной мотивации. **Gkn** отражает экспертные знания, о которых подробнее речь пойдет ниже. В целом, разница между **Gkn** и **Gc** определяется степенью специфичности или универсальности приобретенных знаний для данной культуры.

Знание английского языка как второго — KE. Уровень знания английского языка как неродного.

Знание языка жестов — KF. Знание языка пальцев и жестов, используемых при общении с глухонемыми людьми.

Способность читать по губам — LP. Компетентность в способности понимать сообщения других путем наблюдения за движениями их губ и экспрессией. Эта способность также называется *чтением речи*.

Географические достижения — A5. Уровень географических познаний (например, знание столиц или денежных единиц разных стран и др.).

Общая научная информированность — K1. Уровень имеющихся научных знаний (например, по биологии, физике, инженерии, механике, электронике).

Знания механики — MK. Знание функций, терминологии, операций, имеющих отношение к обычным инструментам, машинам, инвентарю. Поскольку исследования этих факторов проводились до эры информационных технологий, то не известно, включает ли этот фактор также знания в области использования современных технологий (факсов, компьютеров, Интернета, мобильных телефонов и др.).

Знания поведенческого контекста — BM. Знание или чувствительность к невербальным взаимодействиям/общению (экспрессия, жестикуляция, позы, движения), которые передают эмоции, намерения, чувства других людей в наиболее похожем для данной культуры стиле.

Появление фактора *Общая эрудиция в специфической области знаний* (**Gkn**) отражает результаты исследования «экспертных способностей» или

«мудрости». Выдающиеся способности взрослых людей, которые двигают вперед науку, культуру, искусство и общество, могут сочетаться у них со снижением отдельных показателей по тестам **Gf, Gs, Gv** или другим факторам в сравнении с молодыми, дилетантами или даже подростками. Кроме того, тесты кристаллизованного интеллекта (**Gc**) определяют только поверхностный, дилетантский уровень знаний, а глубокие знания и необыкновенно сильные способности экспертов обычные тесты интеллекта измерить не могут. Необходима разработка новых инструментов, пригодных для оценки экспертных способностей. Исследования выдающихся ученых и экспертов в области шахматного искусства, медицинской диагностики, финансового планирования и др. показывают, что экспертные способности основаны на знании и дедукции. Способности текучего интеллекта (**Gf**), напротив, опираются в основном на индуктивное мышление.

Эксперты используют общие принципы и дедуктивные рассуждения там, где новички применяют индуктивные суждения и анализ частностей. Эксперты одновременно понимают больше организованной информации, выделяют больше связей между элементами этой сложной информации, выводят из них следствия и делают предсказания, идут от общего к специфическому и в результате способны выбрать лучшее решение среди возможных как наиболее вероятное. Кратковременная и рабочая память экспертов много больше по объему и длительности фиксации. Ее выделяют как особый вид памяти *EWSM*. При игре в шахматы вслепую, например, эксперт удерживает в рабочей памяти гораздо больше, чем 7 элементов в различных позициях, и дольше, чем 1–2 минуты. Л. Бидерман (L. Biderman) полагает, что, возможно, каждый человек на короткий период времени способен получить доступ к огромному числу информации, но только эксперты могут ее удержать. Их система оценки этой информации мгновенно организует ее и делает осмысленной в рамках имеющихся у них знаний из экспертной области. Запоминаемый материал при этом должен быть только из экспертной области знаний, так как экспертные способности не улучшают память в общем, а только в области специальных знаний [6]. Исследования показывают, что экспертные способности развиваются в процессе интенсивной практики в течение длительного времени (минимум 10 лет). Они поддерживаются посредством продолжительных усилий в регулярной, хорошо структурированной и осмысленной практике. Если экспертные способности не поддерживаются, то они снижаются, как полагают В. Андерсон (V. Anderson), Н. Харнес (N. Charness), М. Крампе (M. Krampe), К. Мейер (K. Mayr). Высшие уровни экспертных способностей достигаются в старшем возрасте. Так, у пожилых экспертов высшего уровня компетентности выше дедуктивные способности и скорость решений, чем у молодых экспертов, более низкого уровня опытности.

Зрительно-пространственные способности — Gv. Способность обобщать, сохранять, восстанавливать и видоизменять хорошо структурированные визуальные образы. Эти способности оцениваются в заданиях, использующих фигурные или геометрические стимулы, когда требуется воспринять и трансформировать зрительные рисунки, формы или образы или определить пространственную ориентацию объектов, которые могут изменяться или передвигаться в пространстве.

Визуализация — Vz. Способность схватывать различные пространственные формы, объекты или их положение в пространстве и сравнивать их с другими формами, объектами или их положением, а также уметь поворачивать их (один или большее число раз) в двух или трех измерениях. Эти способности обеспечивают умственное воображение, манипуляцию и трансформацию объектов или зрительных форм (без учета скорости этих действий) и возможность «видеть» (предвидеть), какими они станут в измененных условиях (когда двигаются или перемещаются местами их отдельные части). Этот фактор отличается от *SR* главным образом отсутствием временных ограничений для совершаемых умственных визуальных действий.

Пространственные отношения — SR. Способность быстро представлять и манипулировать (умственная ротация, трансформация, отражение и др.) зрительными моделями или устанавливать ориентацию объектов в пространстве. *SR* требует способности опознавать объекты, представленные под другим углом зрения или в другой позиции.

Скорость устранения преград (восполнения недостающих частей образа) — CS. Способность быстро определять знакомые визуальные объекты по их неполным зрительным моделям (в смутном, частичном или бессвязном их изображении) без предварительного знания о том, какие объекты будут предъявлены. Предполагается, что образ опознаваемого объекта хранится в долговременной памяти. Способность восполнить невидимые или пропущенные части отдельного образа.

Гибкость устранения преград — CF. Способность определять зрительную фигуру или модель, скрытую в сложном, отвлекающем «шумами», маскирующем ряду других фигур или одной более сложной фигуре, когда заранее известен образец для поиска. Опознание и игнорирование отвлекающих фоновых стимулов — часть этой способности.

Зрительная память — MV. Способность формировать и сохранять ментальную репрезентацию или образы зрительных форм или конфигураций (обычно — в течение короткого времени их изучения) и воспроизводить их или узнавать сразу после предъявления (или, по крайней мере, через несколько секунд после него) в процессе тестирования.

Пространственное сканирование — SS. Способность быстро и аккуратно изучать большое или сложное пространственное поле или модель и опре-

делять особенности пути (или конфигурации модели) внутри этого поля. Обычно требуется отслеживание определенного маршрута или пути, проходящего через это зрительное поле (например, поиск выхода из лабиринта).

Серийная перцептивная интеграция — PI. Способность определять (и, обычно, называть) картинку или зрительный образ, который предъявляется быстро и по частям (например, изображение собаки предъявляется в маленькое окно порциями и в серийной последовательности, возможно, через тахистоскоп).

Оценивание длины — LE. Способность точно оценить или сравнить длину или расстояние между объектами визуально, не используя измерительных инструментов.

Фигуральная гибкость — FF. Способность найти среди представленных зрительных моделей ту, которая удовлетворяет заданным характеристикам или условиям.

Зрительные иллюзии — IL. Способность сопротивляться воздействию иллюзорных эффектов геометрических фигур (не формировать ошибок восприятия образов, ответ на некоторые характеристики зрительных стимулов).

Чередования восприятий — PN. Устойчивость в оценке чередования различных зрительных восприятий.

Воображение — IM. Способность с помощью абстрактных пространственных форм изображать (рисовать) в уме и/или манипулировать образами объектов, идей, событий и впечатлений (которых нет в настоящий момент в окружающей реальности). Предполагается наличие отдельного фактора *гибкости воображения* (легкость перехода от одних воображаемых образов к другим).

Переработка слуховой информации — Ga. Эта способность зависит от звука на входе в слуховой аппарат и от его последующей переработки. Ключевой характеристикой **Ga** является степень, в которой человек может когнитивно контролировать восприятие слышимой информации, т. е. схватывать различие между шумом и сигналом информации. **Ga** включает способности различения звуковых паттернов и музыкальных структур (часто в условиях шума и/или других нарушений звука), а также способности анализа, манипуляций, понимания и объединения звуковых элементов, групп звуков или звуковых паттернов. Хотя **Ga**-способности играют важную роль в развитии языковых способностей и речи, но сами по себе они не требуют понимания языка.

Фонетическое кодирование — PC. Способность кодировать, обрабатывать в кратковременной памяти фонетическую информацию и быть чувствительным к разным ее нюансам (звукам речи). Включает способность определять, разделять, сочетать и видоизменять звуки речи. Часто к *PC* относят фонологическую или фонемическую осведомленность.

Различение речевых звуков — US. Способность узнавать и различать речевые фонемы при отсутствии или наличии небольших помех или искажений.

Сопротивляемость искажениям слуховых стимулов — UR. Способность преодолевать эффекты искажения или отвлекающих звуков при прослушивании и понимании языка и речи. В реальных исследованиях часто трудно отделить способности *US* от *UR*.

Память на звуковые образцы (паттерны) — UM. Способность удерживать на основе кратковременной памяти особенности звуковых паттернов (тон, тональность или индивидуальный голос).

Общее различение звуков — U3. Способность различать отдельные тона, тона в звуковом паттерне или такие фундаментальные особенности музыкального материалы, как высота звука, его интенсивность, длительность и ритм.

Временное слежение — UK. Способность умственно отслеживать временные слуховые явления, например, считать, предвидеть или переставлять их местами во временном ряду местами (переставить последовательность музыкальных тонов). Способности *UK* могут представлять первое распознавание того феномена, который получил теперь название *рабочей памяти (MW)*.

Музыкальное различение и суждение — U1 и *U2*. Возможность различать и судить о музыкальной тональности звуковых паттернов, а также о мелодических, гармонических и экспрессивных аспектах музыки (фразировка, темп, гармоническая сложность, яркость вариаций).

Удержание и оценка ритма — U8. Способность узнавать и удерживать музыкальный ритм.

Различение интенсивности/длительности звуков — U6. Способность различать звуковую интенсивность и быть чувствительным к временным/ритмическим характеристикам тональных звуковых паттернов.

Различение частоты звука — U5. Способность различать частотные характеристики звукового тона (высоту и тембр).

Факторы слуха и речевого порога — UA, UT, UU. Способность слышать высоту и изменение звуковых частот.

Абсолютный слух — UP. Способность точно определять высоту тона.

Локализация звука — UL. Способность определять место в пространстве, откуда слышится звук.

Кратковременная память — Gsm. Способность схватывать и удерживать в сознании элементы информации относительно настоящей ситуации (о событиях, которые имели место в последнюю минуту или около того). Эта система имеет ограниченные способности и быстро теряет информацию из-за угасания следов в памяти, несмотря на активное включение других когнитивных ресурсов с целью удержать информацию в сознании.

Объем памяти — MS. Способность принимать, регистрировать и немедленно (после однократного предъявления) активизировать в памяти временные последовательности элементов, чтобы затем воспроизводить серии этих элементов в правильном порядке.

Кратковременная смысловая память — немедленное воспроизведение всех пунктов информации в их смысловой организации (не имеет кода).

Большая (chunking) память — способность воспроизводить элементы по категориям, в которых они были классифицированы (без кода).

Память на последовательность — способность немедленно воспроизводить позиции элементов в ряду других (нет кода).

Память при интерференции (наложении помех) — способность немедленного воспроизведения последнего слова предыдущего предложения.

Рабочая память — MW. Способность временно хранить информацию и выполнять с ней ряд когнитивных операций, что требует разделения внимания и управления ограниченными ресурсами кратковременной памяти. Большинство исследователей признают существование умственного «сверхбыстрого буферного запоминающего устройства с ограниченной емкостью — ЗУ», которое содержит до четырех субкомпонентов. Фонологический/артикуляционный контур переработки языково-слуховой информации, зрительно/пространственный блок для промежуточного хранения и схематической переработки визуальной информации; центральный командный механизм, координирующий и управляющий активностью и переработкой информации в рабочей памяти. Компонентом, недавно добавленным в эту структуру, является эпизодический буфер (для побочной, случайной информации). Недавние исследования заставляют полагать, что рабочая память не является по своей природе такой же, как другие более чем 60 узких способностей, определяющих индивидуальные различия между людьми. *MW* — это пока недостаточно определенный теоретический конструкт, созданный для того, чтобы объяснить результаты экспериментальных исследований кратковременной памяти. *MW* остается в современной CHC-таксономии как напоминание о важности этого конструкта для понимания процессов научения и выполнения сложных когнитивных задач.

Долговременное хранение и восстановление информации в памяти — Glr. Способность сохранять и укреплять (консолидировать) новую информацию в долговременной памяти и потом бегло восстанавливать ее (понятия, идеи, отдельные вопросы, имена и др.) посредством ассоциаций. Измерение долговременной памяти осуществляется в различные промежутки времени (в течение минут, часов, недель и более). Хорн различает два главных вида **Glr**:

1) свободное восстановление информации через минуты или часы (промежуточная долговременная память);

2) свободное восстановление из памяти информации через несколько дней, месяцев и лет.

Экстром дополнительно различают две другие характеристики переработки информации в долговременной памяти:

1) репродуктивные процессы, которые касаются восстановления сохраненных фактов;
2) реконструктивные процессы, включающие создание материала на основе сохраненных привычек. Способности **Glr** играют значительную роль в исследованиях креативности, где они соотносятся с генерированием идей, образной и ассоциативной беглостью.

Ассоциативная беглость — MA. Способность восстанавливать из памяти одну часть ранее заученной пары несвязных элементов информации (которые могут быть или не быть связанными по смыслу) после предъявления одного из элементов этой пары (парное ассоциативное запоминание).

Смысловая память — MM. Способность замечать, сохранять и восстанавливать в памяти информацию (ряд вопросов или мыслей), когда имеются смысловые связи между различными частями информации или она содержит осмысленный рассказ, связана сюжетом или с наличным содержанием памяти человека.

Память при свободном воспоминании — M6. Способность вспоминать (не используя ассоциаций) как можно больше несвязной информации в любом порядке после представления большого числа стимулов для запоминания (каждый стимул предъявляется однократно). Для этого требуется способность кодировать «сверхбольшое количество информации», которое не может активно удерживаться кратковременной или рабочей памятью.

Мысленная беглость — FI. Способность быстро продуцировать мысленные образы, слова, фразы, связанные с определенными объектами или условиями. Требуется количество, а не качество или оригинальность продукции. Способность думать о большом количестве ответов, когда дается задание получить как можно больше ответов. Способность вызывать мысленные образы, идеи.

Ассоциативная беглость — FA. Высокоспецифическая способность, требующая быстрого продуцирования серии мысленных образов, слов или фраз, связанных по смыслу, когда задано слово или понятие из ограниченной области значений. В противоположность *FI* оценивается качество, а не количество продукции.

Экспрессивная беглость — FE. Способность быстро думать и организовывать слова или фразы в осмысленные комплексы идей в условиях заданного ключа, общего или более специального. Требуется продукция, связанная сюжетом, в отличие от генерации бессвязного потока слов. Отличается от *FI* требованием скорее перефразировать заданные мысли, чем генерировать новые. Способность выражать одну и ту же мысль различными способами.

Легкость называния — NA. Способность быстро продуцировать приемлемые названия различных понятий или вещей, когда предъявляются сами объекты или их изображения (или даются подсказки каким-либо другим способом). Объекты должны быть знакомы человеку. В современных исследованиях чтения эта способность называется скорость автоматического наименования (*RAN*).

Словесная беглость — FW. Способность быстро называть отдельные слова, имеющие специфические фонетические, орфографические или структурные характеристики (независимо от значения самих слов).

Фигуральная беглость — FF. Способность быстро рисовать или схематично изображать как можно больше вещей (или структур) из заданных бессмысленных визуальных стимулов. Количество важнее качества или уникальности набросков.

Фигуральная гибкость — FX. Способность быстро изменять и отбирать разнообразные способы решения фигуральных проблем, которые имеют несколько установленных критериев. Беглость успешного выполнения фигуральных заданий, которые требуют различных подходов к их решению.

Чувствительность к проблемам — SP. Способность быстро придумывать большое число альтернативных решений практических проблем (например, различное использование данных инструментов). Более широко — это способность постигать, понимать проблемы, связанные с функциями или изменением функций объектов и/или методов решения проблем. Требуется способность видеть наличие проблемы.

Оригинальность/креативность — FO. Способность быстро давать необычные, оригинальные, разноплановые или небанальные ответы (формулировки, интерпретации) на заданные темы, ситуации или задания. Способность предлагать уникальные решения проблем или развивать инновационные методы в ситуациях, где не подходят стандартные способы действий. *FO* отличается от *FI*, поскольку фокусируется на качестве ответов, а не на индивидуальной способности производить как можно большее число различных ответов.

Способность к обучению — L1. Уровень общих способностей к обучению. В современных исследованиях плохо определено конкретное понимание этой способности.

Скорость когнитивной переработки информации — Gs. Способность автоматически и бегло выполнять относительно легкие и не требующие дополнительного обучения задания, особенно, когда требуется высокая умственная эффективность (внимание или его фокусированная концентрация). Скорость выполнения автоматизированных когнитивных процессов.

Перцептивная скорость — P. Способность быстро и точно находить, сравнивать (по сходству и различию) и определять (идентифицировать) визуальные стимулы, представленные рядом или порознь в поле зрения человека. Недавние исследования Акермана, Бисраи Бойля позволяют предполагать, что перцептивная скорость является промежуточным уровнем между широ-

кими и узкими скоростными способностями. Она включает четыре более узких компонента скоростных показателей:

1. *Узнавание форм* — *Ppr*. Способность быстро узнавать простые зрительные формы.
2. *Сканирование* — *Ps*. Способность отслеживать, сравнивать и обнаруживать визуальные стимулы.
3. *Память* — *Pm*. Способность скоростного выполнения зрительно-перцептивных заданий, которые предъявляют значительные требования к кратковременной памяти.
4. *Сложность* — *Pc*. Способность быстро распознавать зрительные формы в заданиях с дополнительными когнитивными требованиями, такими как пространственная визуализация, оценивание и экстраполяция, которые повышают нагрузку на зрительный объем памяти.

Скорость выполнения тестов — *R9*. Способность быстро выполнять относительно легкие задания, требующие очень простых решений. Эта способность не зависит от какой-либо специфики тестового содержания или стимулов. Возможно, она близка к фактору более высокого уровня, называемому *психометрическим временем* у других авторов. Недавние исследования показывают, что *R9* лучше может быть понят как фактор промежуточного уровня (между широкими способностями и общим фактором *g*), который включает почти все психометрические измерения скорости. Есть экспериментальные основания для разделения этого фактора на три широких области скоростных способностей: **Gs** — фактор скорости когнитивных процессов; **Gt** — скорость решения заданий; **Gps** — психомоторная скорость.

Арифметические навыки — *N*. Способность быстро выполнять основные арифметические действия (сложения, вычитания, умножения, деления) и точные манипуляции с числами. *N* не требует понимания и систематизации математических проблем и не является главным компонентом математического/числового мышления или высших математических способностей.

Скорость рассуждений — *RE*. Скорость и беглость выполнения мыслительных заданий в ограниченное время (например, быстрота генерации как можно большего числа правил, решений для каких-то задач и др.). *RE* перечислен также под фактором **Gf**.

Скорость чтения (беглость) — *RS*. Способность быстро читать про себя и автоматически понимать (без какого-либо сознательного внимания к механизму чтения) связный текст (например, серии коротких предложений, фраз и др.). Эта способность включена также в фактор **Grw**.

Скорость письма — *WS*. Способность быстро копировать и неоднократно повторять написание слова или предложения или писать слова, предложения и параграфы как можно быстрее. *WS* перечислен также под факторами **Grw** и **Gps**.

Скорость решений/реакций — Gt. Способность отвечать или принимать решения быстро в ответ на простые стимулы. В психометрических методиках — это скорость ответов (правильных или неправильных) при выполнении тривиальных по трудности задач (также известная под термином «скорость правильных решений» или *CDS*), она может иметь отношение к когнитивному темпу.

Простое время реакции — R1. Скорость реакции (в миллисекундах) на ряд отдельных стимулов (слуховых или зрительных), которые предъявляются в определенные моменты времени. *R1* разделяется на латентное время (*MT* — время принятия решения о выполнении действия) и время движения (*DT* — от начала движения пальца от стартовой кнопки до нажатия нужной кнопки ответа).

Время реакции выбора — R2. Время реакции (в миллисекундах) на один из двух или из нескольких альтернативных стимулов. Сходен с фактором *R1*, так как может содержаться в *MT* и *DT*. Часто экспериментально измеряется по методу Хик.

Скорость семантических процессов — R4. Время реакции (в миллисекундах), когда решение задания требует некоторого раскодирования или манипуляций с предъявляемыми в нем стимулами.

Скорость умственных сравнений — R7. Время реакции (в миллисекундах) в заданиях, где требуется сравнение стимулов по отдельным компонентам или свойствам.

Время обследования — IT. Способность быстро определять изменения или находить различия между двумя альтернативами при очень быстром предъявлении стимулов.

Психомоторная скорость — Gps. Способность быстро и бегло выполнять телесные движения (пальцами, руками, ногами и др.) независимо от когнитивного контроля.

Скорость движения конечностей — R3. Способность выполнять быстро специфические или дискретные движения руками и ногами (измеряется после того, как действие начато). Точность движений не важна.

Скорость письма — WS. Способность быстро копировать и неоднократно повторять написание слова или предложения или писать слова, предложения и параграфы как можно быстрее. *WS* входит также в фактор **Grw** и **Gs**.

Скорость артикуляции — PT. Способность быстро выполнять последовательные артикуляторные движения в рамках речевой мускулатуры.

Время движений — MT. Недавние исследования показывают, что *MT* может быть способностью промежуточного уровня, которая проявляется во второй фазе реакций, измеряемых в различных элементарных когнитивных заданиях. Время выполнения физического движения любой части тела требует включения этой способности. *MT* приведена также под фактором *Gt*.

Количественные знания — Gq. Богатство (широта и глубина) усвоенных личностью декларативных и процедурных математических знаний.

Gq в большой степени формируется благодаря «инвестициям» других способностей и, главным образом, в процессе формального образования. Важно заметить, что RQ как способность индуктивно и дедуктивно рассуждать при решении количественных проблем не входит в фактор *Gq*, но скорее относится к области способностей текучего интеллекта (*Gf*). *Gq* представляет индивидуальный багаж усвоенных математических знаний, а не способности рассуждать, используя эти знания.

Математические знания — KM. Уровень общих математических познаний, а не способность выполнять математические операции или решать математические проблемы.

Чтение/письмо — Grw. Индивидуальный багаж (глубина и широта) приобретенных личностью навыков и знаний в области чтения и письма. **Grw** включает обе базовые способности (чтения слов и спеллинга) и способность читать и писать сложные связные рассуждения (понимающее чтение и способность написать рассказ).

Декодирование при чтении — RD. Способность при чтении узнавать и декодировать слова и псевдослова, используя большое число исходных способностей (декодирование морфем, сложных буквенных комплексов, фонематических контрастов и др.).

Понимание чтения — RC. Способность понимать смысл связных суждений в процессе их чтения другими.

Вербальное понимание (читаемой печатной продукции) — V. Общее развитие или понимание слов, предложений и параграфов, при чтении словаря или осмысленных текстов на родном языке. Не включает способности письма, слушания и понимания разговорной речи.

Способность восполнять пробелы — CZ. Способность читать и дополнять отсутствующие слова (систематически пропущенные на протяжения всего читаемого текста).

Способность спеллинга — *CG*. Способность формировать слова из верных букв в правильной последовательности (читать или писать слова по буквам).

Способность писать — WA. Способность передавать мысли или слова в письменной форме так, чтобы они были понятны другим (с ясностью и упорядоченностью мыслей и хорошей структурой предложений). *WA* является широким фактором способностей, включающим множество подчиненных письменных навыков (знание грамматики, синтаксиса, правил составления предложений, сообщений и др.).

Знание употребления английского языка — EU. Знание «механики» (использования заглавных букв, пунктуации, употребления слов и спеллинга).

Скорость чтения (беглость) — RS. Способность быстро читать про себя и автоматически понимать (без какого-либо сознательного внимания к механизму чтения) связный текст (например, серии коротких предложений, фраз и др.). Приведена также под фактором **Gs**.

Скорость письма — WS. Способность быстро копировать и неоднократно повторять написание слова или предложения или писать слова, предложения и параграфы как можно быстрее. *WS* приведен также под факторами **Gs** и **Gps**.

Психомоторные способности — Gp. Способность выполнять телесные движения с точностью, координацией или с определенной силой.

Статическая сила — P3. Способность применять мускульную силу для движения (поднимать, бросать, толкать) относительно тяжелых или неподвижных предметов.

Согласованность движения конечностей — P6. Способность выполнять быстро специальные движения рук и ног согласованно. Точность не важна.

Ловкость пальцев — P2. Способность совершать точные скоординированные движения пальцами (без или с манипуляцией объектами).

Ручная сноровка — P1. Способность выполнять точные координированные движения кистями или кистями неподвижных рук.

Уравновешенность координации рук и кистей — P7. Способность точно, искусно координировать положение кистей рук в пространстве.

Контролируемая точность — P8. Способность проявлять точный контроль над мускульными усилиями, обычно в ответ на подкрепление (например, изменяя скорость или положение объектов манипуляции).

Прицеливание — AI. Способность быстро и легко выполнять последовательность движений, требующих координации глаз—рука при достижении определенных целей.

Общая устойчивость тела — P4. Способность удерживать тело в непрямом положении в пространстве или восстанавливать равновесие после того, как оно было нарушено.

Способности обоняния — Go. Способность, которая зависит от сенсорных рецепторов главной обонятельной системы (носовых камер). Перцептивные и когнитивные аспекты этой способности еще недостаточно изучены.

Обонятельная память — OM. Память на запахи.

Обонятельная чувствительность — OS. Чувствительность к различным запахам.

Тактильные способности — Gh. Способности, которые зависят от сенсорных рецепторов тактильной системы на входе и от функционирования тактильного анализатора. Перцептивные и когнитивные способности в этой сфере еще недостаточно широко изучены.

Тактильная чувствительность — TS. Способность ощущать и различать степень давления на поверхность кожи.

Кинестетические способности — Gk. Способность, которая зависит от сенсорных рецепторов, воспринимающих положение тела, тяжесть или дви-

жения мускулов, сухожилий и связок. Когнитивные и перцептивные аспекты этой способности также пока недостаточно широко исследованы.

Кинестетическая чувствительность — KS. Способность ощущать или осознавать движения тела или его частей, включая движения верхних конечностей, или постигать траекторию движения тела без контроля глаз.

CHC-теория и кросс-батарейный подход к исследованию факторной структуры интеллекта

Перечень представленных выше факторов интеллектуальных способностей получен благодаря соединению теории CHC и кросс-батарейного подхода к изучению интеллектуальных способностей.

Выделение «широких» и «узких» факторов как авторами теории CHC, так и последователями этой теории, основывалось на различных методах статистической проверки.

Во-первых, на применении факторного анализа к данным, полученным с помощью различных психометрических тестов на разных выборках. Наиболее широкое исследование провели Р. Бакклей (R. Bickley), Т. Кейч (T. Keith), П. Вольф (P. Wolfe) в 1995 г. с помощью теста Вудкока WJ-R на демографически представительной для США выборке испытуемых (в возрасте от 6 до 90 лет). Результаты этого и множества других валидных исследований подтвердили существование одинаковой структуры широких факторов интеллектуальных способностей в группах разного возраста, этнической принадлежности и культуры.

Во-вторых, независимость широких или узких факторов или их принадлежность к одному кластеру способностей проверялась также в корреляционных исследованиях. Отдельные широкие факторы должны по-разному коррелировать с возрастными, неврологическими, генетическими, социальными, образовательными и другими переменными. И, напротив, предполагается, что узкие способности одной факторной группы должны изменяться в одном направлении с возрастом или под влиянием других факторов. Многочисленные исследования в этой области подтверждают эти теоретические предположения. Так, широкие факторы разделяются на три большие группы: *уязвимые* способности (**Gf**, **Wsm**, **Gs**), *экспертные* (опытные) способности (**Gc**, **Glm**, **Gq**) и сенсорно-перцептивные способности (**Gv**, **Ga** и др.).

Уязвимые способности одинаково связаны с возрастными, неврологическими и генетическими факторами. Они ухудшаются с возрастом и больше страдают при мозговых или генетических повреждениях. При этом с возрастом снижаются также узкие способности, подчиненные факторам *Gf*, *Wrm*, *Gs*. Например, экспериментально у пожилых людей выявляется ухудшение

показателей в заданиях, связанных с рассуждениями, силлогизмами, формированием понятий, пониманием закономерностей в сериях фигур, цифр, букв; умственным вращением фигур, матриц или изменением их положения и т. д., особенно, если этот материал является новым (фактор **Gf**). Кратковременная память (**Wsm**) также включает много разных компонентов: звенящую (*clang*) память, объем памяти, рабочую память и др. Все они изменяются с возрастом, но в различной степени, что говорит об относительной самостоятельности этих узких способностей в рамках общего кластера. Так, *звенящая* память варьируется по длительности от фиксационной (миллисекунды), затем истинной кратковременной, или *свежей* (*recency*)[1], до более продолжительной *первичной*[2] *(primasy)* и далее — кратковременной памяти, имеющей конечный объем[3]. Эти аспекты **Wsm** с возрастом ухудшаются, но ненамного. Это отличает их от объема кратковременной памяти (память на все элементы ряда — 7 ± 2, которая у взрослых больше снижается с возрастом), и от рабочей памяти (**MW**), наиболее уязвимой при старении и больше других связанной со снижением текучего интеллекта. Такую же сложную логику связей с факторами развития и старения, интеллекта демонстрируют исследования разных аспектов скорости когнитивных процессов (**Gs**).

Экспертные способности (связанные с опытом) образуют кластер, компоненты которого (**Gc**, **Glm**, **Gq**) больше, чем уязвимые способности, связаны с обучением, социализацией и по-другому — с развитием, неврологическими, генетическими и возрастными влияниями. Например, долговременная память (**Glm**) позитивно коррелирует с **Gc**, который не снижается с возрастом, и позитивно и умеренно связана с фактором кратковременной памяти, но без характерной для **Wsm** негативной корреляции с возрастом.

Сенсорно-перцептивные способности (**Gv** и **Ga**) составляют отличный от двух первых кластеров блок способностей, который хотя и связан с ними обоими, но недостаточно четко, чтобы отнести его к одному из них. И если способности первого кластера ухудшаются с возрастом, а второго, наоборот, улучшаются, то сенсорно-перцептивные способности в разной степени обладают свойствами как уязвимых, так и экспертных способностей. Кроме того, тесно связанные с сенсорным аппаратом различных модальностей, эти способности зависят от особенностей, недостатков или сильных сторон работы самих сенсорных анализаторов.

Таким образом, выделение множества факторов узких и широких способностей имеет солидное эмпирическое, статистическое и экспериментальное

---

[1] Память на последний элемент в ряду, спустя 20 секунд после его предъявления. Почти все люди его плохо помнят.

[2] Память на первый элемент в ряду — около 30 секунд. По-видимому, этот элемент раньше других консолидируется в долговременную память.

[3] Память длительностью более 2 минут называется промежуточной, ее относят уже к долговременной памяти.

подкрепление. Критики иерархической факторной модели интеллекта замечают, что полный перечень факторов второго и первого уровней интеллекта не был получен в одном отдельном исследовании. Он представляет собой композицию результатов множества разных испытаний с различными тестами и в разных выборках. Поэтому нет бесспорных доказательств того, что выявленные факторы, несмотря на сходство их эмпирического содержания, являются идентичными. Этот справедливый упрек отклоняют данные кросс-батарейного подхода к факторным исследованиям интеллекта.

Кросс-батарейный подход к факторным исследованиям интеллекта

Родоначальником кросс-батарейного подхода считается П. Вудкок (P. Woodcock). Он предпринял попытку с помощью конфирматорного факторного анализа классифицировать в рамках теории **Gf—Gc** Кэттелла—Хорна множество отдельных субтестовых измерений, полученных с помощью известных психометрических методик. На основании эмпирических критериев Вудкок распределил отдельные субтесты каждой психометрической батареи по разным группам, согласно **Gf—Gc** факторной модели. Затем он проверил правомерность такой **Gf—Gc** классификации субтестов, сравнивая сходство их факторных весов, полученных с помощью факторного анализа объединенных результатов разных исследований («свободно-батарейный» метод в терминологии автора). В результате ученый продемонстрировал возможность понимания субтестовых оценок разных психометрических методик в рамках единой классификации когнитивных способностей. Вудкок показал, какие факторы теории Кэттелла—Хорна различные тестовые батареи измеряют, а какие — нет. Он предположил, что необходимо использовать дополнительно субтесты разных психометрических методик, чтобы как можно шире охватить измерением все факторы интеллектуальных способностей. Так, им был намечен путь формирования кросс-батарейного подхода к исследованию факторной структуры интеллекта.

Кросс-батарейный (CB) подход основан на применении теорий **Gf—Gc**, CHC и факторного анализа к результатам параллельного тестирования одной и той же выборки испытуемых с помощью разных тестовых батарей. Этот подход впервые был формально определен и экспериментально проверен при совместном использовании тестов WJ-R и KAIT в исследовании П. Фланагана (P. Flanagan) и К. Макгрейва (K. McGrew). В дальнейшем эти и другие авторы расширили диапазон исследуемых когнитивных факторов и применяемых тестов. Фланаган и коллеги [7] включили в кросс-батарейное исследование одновременно с интеллектуальными батареями и тесты достижений. Благодаря этому была создана операциональная модель диагностики расстройств обучения.

Зарубежные ученые отмечают большой вклад CHC-кросс-батарейного (CHC-CB) подхода в области психологии когнитивных способностей и психометрии. Примером тому служит вышеприведенная таксономия различных интеллектуальных факторов, которую считают значительным достижением науки об интеллекте.

Прежде всего эта стандартная номенклатура узких и широких способностей интеллекта позволяет исследователям и практикам избегать терминологической путаницы, расхождений в оценке и интерпретации различных тестовых измерений как когнитивных, так и академических способностей. Она создает концептуальный мост между психообразовательными и психологическими исследованиями, между представителями разных психологических дисциплин и просто между разными психологами.

CHC-CB-подход основан на сильной теории, строгой психометрической системе оценивания и проверенной математико-статистической процедуре факторного анализа результатов. Это делает валидным и научнообоснованным использование его результатов.

Использование CHC-CB-подхода уменьшает ошибки применения нерелевантных переменных (неподходящих тестов) в оценке различных способностей благодаря подробному описанию множества узких способностей внутри каждого широкого кластера. Широта перечня факторов второго уровня в CHC-классификации помогает сделать более представительной всю конструкцию измерений интеллекта.

Другими достижениями кросс-батарейного подхода и создания CHC-теории ученые считают:

1) возможность организованного и систематического оценивания, генерирования и проверки гипотез в области интеллектуальных способностей;
2) применение единого CB-CHC-метода интерпретации к существующим тестам интеллекта;
3) создание новых релевантных тестовых батарей;
4) более полная оценка дефицита когнитивных способностей, влияющих на расстройства обучения.

Например, как показывают исследования Кэрролла, Хорна, Вудкока, Фланагана, Макгрейва и Кейча, отдельные тесты интеллекта, включая тесты Векслера, не охватывают всех факторов, играющих значительную роль в нарушениях обучения, и поэтому не позволяют обеспечить адекватную помощь при расстройствах способностей класса **Gf**, **Ga** или **Clr**. Благодаря CHC-CB-подходу можно соединять разные психометрические методики при решении различных вопросов диагностики или просто дополнять их отдельными субтестами из разных батарей или даже одиночными испытаниями, включенными в соответствующие факторы CHC-классификации. При

этом не будет потеряна возможность их психометрической оценки, унифицированного понимания направленности диагностики и адекватной интерпретации полученных результатов.

Влияние теории СНС и кросс-батарейного подхода на современные зарубежные психометрические тесты интеллекта

Влияние теории СНС на развитие современных психометрических методик интеллекта особенно заметно проявилось в последнее десятилетие. В настоящее время большинство авторов наиболее известных тестов интеллекта учитывают от 3 до 5–8 факторов СНС в разработке кластерных оценочных индексов, отходя от традиционного разделения итоговых оценок только на общие, вербальные и невербальные показатели интеллекта. Большинство исследователей, вслед за Кэрроллом, полагают, что интеллект является сложной конструкцией, охватывающей самые разнообразные типы способностей. Наиболее широко в современных тестах используются индексы текучего интеллекта (**Gf**), рабочей памяти (**Gwm**) и когнитивной скорости (**Gs**), а реже определяются, например, показатели широких слуховых способностей (**Ga**) или фактора долговременной памяти (**Glr**).

Наиболее известные за рубежом и валидные тесты измерения разных сторон интеллекта:

- **WISC-IV** — Векслера шкала интеллекта для детей (Wecsler, 2003);
- **WAIS-III** — Векслера шкала интеллекта для взрослых (Wecsler, 1997);
- **WPPSI-III** — Векслера шкала интеллекта для детей дошкольного и младшего школьного возраста (Wecsler, 2002) и **WPPSI-III** (2002);
- **WJ-R** (CAT) — тест когнитивных способностей Вудкока—Джонсона (1989 и 2001 гг. редакции);
- **K-ABC** — Кауфмана оценочная батарея для детей (1983; 2004);
- **SB-IV** — Стэнфорд-Бине шкала интеллекта (1986) и **SB-V** (Roid, 2003);
- **DAS** — шкала дифференциальных способностей (Elliot, 1990);
- **CAS** — система когнитивной оценки (DAS & Naglieri, 1997);
- **KAIT** — Кауфмана шкала интеллекта для взрослых и подростков (1993);
- **RIAS** — тест широкого диапазона интеллекта (Glutting, Adams, & Sheslow, 2002);
- **WRIT** — Рейнольда шкала оценивания интеллекта (Reinolds & Kamphaus, 2002) и др.

В своих новейших редакциях почти все эти тесты включают оценки тех или иных факторов интеллектуальных способностей из модели CHC (Кэттелла—Хорна—Кэрролла). Более всего этой модели соответствует Тест Вудкока—Джонсона, предполагающий оценку 7 из 10 и факторов CHC. Современные достижения когнитивной психологии и нейропсихологии впечатляют большинство авторов тестов, которые признают необходимость оценки факторов рабочей (оперативной) памяти (**Gwm**) и когнитивной скорости (**Gs**), так как они как высоко коррелируют с общим интеллектом, учебными достижениями и обучаемостью у детей и взрослых. С этой целью Векслер также ввел в новые версии своих тестов дополнительные задания для оценки этих факторов. Только те измерительные батареи не включают оценки по факторным кластерам CHC, которые опираются на альтернативные модели интеллекта, например, тест CAS (отражающий теоретический конструкт теории PASS — планирования, внимания, симультанных и сукцессивных процессов). Использование в разных батареях индексов для оценки одних и тех же факторов, а также адекватный и полный подбор батарейных субтестов, отражающих эту факторную спецификацию, очень полезны, по мнению научного сообщества, для унификации понимания, интерпретации и сравнения получаемых измерений [7]. Многие полагают, что за кросс-батарейным подходом к оценке многомерных интеллектуальных способностей видится будущее науки об интеллекте и способах его адекватного измерения.

Конфирматорный факторный анализ и метод структурных уравнений в исследованиях интеллекта

Как показывает анализ теоретических конструкций новейших редакций наиболее признанных англоязычных тестов интеллекта, некоторые из них включают оценку фактора *g* как показателя общей интеллектуальной, когнитивной способности или умственного возраста (WISC-IV, WAIS-III, WPPSI-IV, SB-V, DAS), а другие не включают (WJ-R, KABC-IV). При этом разные тесты используют как четырехуровневую (SB-V), так и трех- (WJ-R, WISC-IV, WAIS-III, WPPSI-IV, DAS) или двухуровневую (KABC-IV) модели интеллекта. Общим для всех конструкций является только признание иерархического строения интеллектуальных способностей. Как уже отмечалось выше, существование фактора g в иерархии способностей остается спорным вопросом даже между авторами CHC-теории. Сравнение различных психометрических моделей интеллекта в свете методов конфирматорного факторного анализа (CFA) существенно помогает решить многие спо-

ры относительно структурной организации способностей разного уровня общности. Так, Кейч [8] обобщил и сам подверг факторному анализу результаты попарного кросс-батарейного измерения интеллектуальных способностей разными психометрическими батареями (WISC-IV, WJ-R, DAS, CAS). В результате он нашел, что все они скорее измеряют те или иные факторы модели CHC, чем способности, выделенные авторами тестов. Например, CAS более достоверно (с точки зрения факторного анализа) измеряет не теоретические конструкты теории PASS — планирование, внимание, сукцессивные (последовательные) и симультанные (одновременные) процессы, а соответственно — факторы перцептивной скорости (**Gs**), быстроты выполнения заданий (**Gt**), рассуждений-визуализации (**Gf-Gv**) и объема кратковременной памяти (MS или **Gsm**). Тест DAS, в свою очередь, более соответствует по своей конструкции не заявленным К. Эллиотом (C. Elliot) факторам вербальных, невербальных суждений и пространственному фактору, но конструкции из факторов **Gc**, **Gf**, **Gv**, **Gq**, **Gsm** и **Gs**. Кроме того, во всех случаях математической проверки иерархическая трех- или четырехуровневая модель интеллектуальных способностей с наличием общего фактора *g* оказывалась статистически более пригодной моделью измеряемых способностей, чем простые (двухуровневые) факторные модели. Кроме того, выделение факторов промежуточного уровня между высшим фактором *g* и факторами широких способностей улучшало статистическую факторную модель интеллекта. Например, объединение факторов рабочей памяти (**Wrm**) и когнитивной скорости (**Gs**) в общий кластер когнитивной эффективности значительно увеличило факторный вес этих способностей по отношению к фактору *g* (с 0,85 до 0,91). Кейч, как и многие другие ученые, открыто или молчаливо признающие многомерную природу интеллекта, считает, что его измерению больше соответствуют сложные модели и, следовательно, методы иерархического факторного анализа.

В настоящий момент самой сложной и статистически удовлетворительной моделью когнитивных способностей является четырехуровневая модель интеллекта, протестированная Кейчем и рядом других авторов в основном на материале измерений с помощью теста Вудкока (WJ-R), наиболее полно охватывающего II уровень способностей.

Более общим методом исследования иерархических структурных связей между разными способностями интеллекта является Моделирование с помощью структурных уравнений Astructural equation modeling (SEM). В психологии давно утвердилось мнение о том, что помимо и сверх общего фактора интеллекта вряд ли какие-либо другие тестируемые способности имеют практическое значение для прогноза когнитивной, академической или профессиональной успешности [9]. Однако многие исследователи, используя SEM, доказывают наличие влияния узких и широких способностей, помимо

и независимо от влияния *g*, на академические и другие достижения. Например, в исследованиях способностей чтения с помощью кросс-батарейного метода (WISC-R + WJ-R) было выявлено сильное влияние фактора *g* (0,71) на успешное чтение, одновременно со значительными специфическими эффектами слухового фактора (Ga) для словесной атаки (0,28) и кристаллизованного интеллекта (**Gc**) для понимания чтения (0,42) [7]. SEM позволяет учитывать суммарное и раздельное влияние на общую или академическую успешность факторов самого разного уровня иерархической подчиненности (начиная от *g* и до специфических способностей первого уровня). Этот метод помогает обойти споры о приоритетной роли высшего фактора *g* в предсказаниях, определяя степень влияния каждого из факторов.

Кроме того, признание сложности функциональной работы интеллекта требует учета разной степени и разных механизмов (путей) влияния его составных компонентов на интегральный эффект когнитивной деятельности. Примером успешного применения методов структурных уравнений могут служить исследования эффектов влияния разных аспектов рабочей памяти (MS, MW) и когнитивной скорости (**Gs**) на интеллект. Результаты этих исследований показывают, что **GS** двумя разными путями может влиять на интеллектуальную успешность (**Gs** > **MS** > **MW** > *g* или **Gs** > **MW** > *g*), и при этом непрямой эффект оказывается больше, чем непосредственный (**Gs** > *g*). Кроме того, удалось выявить, что отдельный эффект рабочей памяти (**MW**) меньше, чем ее совместное с фактором когнитивной скорости (**MW** + **Gs**) влияние на интеллектуальную эффективность (*g*). Возрастное изучение влияния этих механизмов показало, что у детей и подростков (6–13 лет) рабочая память (MW) оказывает значительное и прямое влияние на общую умственную эффективность (фактор *g*), но с возрастом это влияние снижается (от 0,93 до 0,73 после 40 лет). Прямое влияние когнитивной скорости на *g*, напротив, в детском возрасте отсутствует, но достоверно усиливается с возрастом, хотя оказывается меньше, чем влияние памяти (0,22 после 40 лет). Таким образом, моделирование с помощью структурных уравнений позволило обнаружить сложные внутренние механизмы взаимодействия рабочей памяти и когнитивной скорости как главных факторов, влияющих на умственную эффективность (определяющих от 76% до 86% ее общей изменчивости). Именно такое название в иерархической факторной модели интеллекта получил промежуточный фактор третьего уровня, объединяющий два отдельных фактора широких способностей (**MW** и **Gs**) — фактор когнитивной эффективности.

Методы конфирматорного факторного анализа (CFA) и структурного моделирования (SEM) играют также важную роль в генерации и проверке содержательных гипотез относительно возможной природы *g*-фактора.

Проблема существования и определения природы общего интеллектуального фактора *g*

Авторы теории CHC, Хорн и Кэрролл, не нашли соглашения не только по вопросу природы общей интеллектуальной способности, но по поводу самой возможности существования фактора *g*. В научном психологическом сообществе существуют сторонники обоих участников спора. Хорн полагает, что природа интеллектуальной деятельности слишком сложна, чтобы мог существовать один-единственный фактор, обусловливающий корреляции как между первичными, так и вторичными факторами. Он считает, что эти корреляции, скорее всего, результат сложного влияния многих факторов или эффект наложения одних способностей на другие, так как невозможно их полное разделение при выполнении какого-либо тестового задания. Кэрролл, в свою очередь, полагает возможным выявление с помощью факторного анализа отдельных латентных факторов на всех уровнях иерархии, в том числе и на высшем уровне. Надо признать, что с формальной стороны аргументация Кэрролла кажется более последовательной. Тем не менее, у Хорна немало сторонников среди крупнейших представителей других областей психологии, которые подвергают концепцию интеллекта содержательной критике. Здесь небесполезно будет привести подробную аргументацию «против *g*» со стороны науки, в немалой степени повлиявшей на обновление факторно-аналитических моделей интеллекта.

Нейропсихология и концепция интеллекта: мозговые функции слишком сложны, чтобы их связывать только с единственной оценкой.

Ранние представления исследователей об интеллекте как единичной переменной, которая усиливается с ростом и развитием ребенка и снижается в связи с потерей мозговой ткани при поражениях или расстройствах мозговой деятельности, уподобляли интеллект некой физической силе. Данные современных методов исследования показывают, что поведение, измеряемое интеллектуальными тестами, включает как специфические когнитивные, так и исполнительские функции. Нейропсихологические исследования внесли свой вклад в переосмысление понятия интеллекта. Нетрудно назвать наиболее существенные открытия нейропсихологии, изменившие представления о природе и особенностях интеллектуальной деятельности.

- Так, наиболее ранние из них показали, например, что суммарная оценка *IQ* не зависит от размеров поражения мозга. Локализованное поражение может вызывать нарушения множества когнитивных функций, которые будут затронуты разным образом. Какие-то функции, прямо обслуживаемые поврежденным участком мозга, могут выйти из строя, другие, связанные с ним, могут быть угнетены или повреждены, а некоторые — даже могут усиливаться.

- Разные ментальные функции в различной степени оказываются уязвимыми к мозговым поражениям. Это зависит как от возраста, в котором произошло поражение, так и от длительности периода, прошедшего после повреждения мозга. Так, некоторые функции нарушаются сразу, другие остаются интактными долго, годами.
- Отнесение интеллекта к лобным отделам как к месту его анатомической локализации на том основании, что фронтальные отделы полушарий связаны с выполнением заданий на концептуализацию и абстрагирование, не корректно. Скорее всего, эта связь демонстрирует одну из множества способностей интеллекта.

Нейропсихологические исследования не обнаружили общей интеллектуальной или когнитивной функции, но, скорее, множество дискретных функций, которые действуют столь слаженно, что проявляются как действие одной, бесшовной функции. Кроме того, психологи определяют понятие интеллекта столь разными путями, что теряется его основное значение. М. Лезак (M. Lezak) и коллеги [10] приводят и обобщают в своей капитальной работе «Neuropsychological assessment» множество аргументов против использования в нейропсихологической науке понятия «интеллект» как бесполезного конструкта и психологической фикции. Ученые справедливо отмечают, что на интраиндивидуальные различия тестовых оценок когнитивных функций может оказывать влияние не только некий общий фактор *g*, но множество других. Специализация индивидуальных интересов и активности, опыт социализации, личные ожидания, образование, эмоциональные расстройства, мозговые дисфункции, физические болезни и т. д. могут значительно увеличивать интраиндивидуальные различия по тестовым оценкам. Таким образом, концепция интеллекта как некоторой целостности имеет только ограниченное значение в нейропсихологическом оценивании. Лезак предлагает вместо понятия «интеллект» использовать термины «когнитивные» или «умственные способности» и только в отношении тех психологических функций, к которым относятся процессы восприятия и переработки информации, экспрессии и «исполнительских функций», т. е. к способностям, необходимым для метакогнитивного контроля и управления умственным опытом.

Не меньшей критике подвергается и психометрическое понятие *IQ*, а также применение любых суммарных оценок когнитивных функций, по крайней мере, в нейропсихологии. Суммарные оценки *IQ*, по мнению ряда ученых, не имеют какого-либо конкретного содержания, так как получаются при сложении показателей, полученных в заданиях разного рода, разной сложности, в тестовых батареях, имеющих одно и то же название, но разные редакции, или в тестовых батареях с различным составом заданий и др. [11]. Такие композитные оценки часто являются хорошим предсказателем акаде-

мической успеваемости, и не удивительно, что они имеют большой вес в факторах, включающих задания школьного типа или привычные для культуры. Но все же они представляют так много разного рода переплетенных между собой функций, что становятся бессмысленными. Утилитарная интерпретация оценок интеллекта среди практиков (педагогов, психиатров и др.) может быть очень широкой, и даже иметь мало общего.

В нейропсихологическом оценивании индексы *IQ* могут быть ненадежными показателями нейропатических расстройств. Так, специфические нарушения в пределах одной тестовой модальности могут иметь ошибочное выражение в значительном интеллектуальном нарушении, в то время как множество когнитивных функций при этом могут оставаться в действительности сохранными. И наоборот, оценки могут скрывать нарушения отдельных специфических функций. Например, А. Летхэм (A. Leathem) приводит пример такого случая, когда после менингоэнцефалита пациент не мог обучаться ничему новому, но имел при этом оценку *IQ* = 128 баллов. В. Фольштайн (W. Folstein) обратил внимание на то, что использование оценок *IQ* в США внесло свой вклад в трагическую ситуацию определения нетрудоспособности неврологических больных на основе общих оценок интеллекта. Так, при высоких оценках *IQ* больные с мозговыми травмами теряют способность самоконтроля, социальную ловкость, способность рассуждать, у них снижается память и внимание, утрачивается возможность компетентно выполнять даже рутинного рода работу. Фактически оценки, полученные при сложении двух или более измерений, приводят к потере данных, поскольку такая оценка может быть суммой различных по своему уровню оценок [12]. Общий коэффициент *IQ* не может предсказать специфические расстройства и область компетенции или дисфункции у человека. Поэтому полагают, что композитным оценкам всякого рода нет места в нейропсихологическом оценивании [10].

Нет сомнения, что для любого из приведенных выше аргументов «против» сторонники интеллекта могли бы привести не один контраргумент «за». И несмотря на столь острые разногласия в научном мире по поводу реальности самого феномена интеллекта, многие ученые продолжают искать таинственный фактор *g*, в том числе и с помощью факторного анализа.

Фактор *g* — рабочая память?

Так, Д. Киллонен (D. Kyllonen) впервые высказал идею о том, что за фактором *g* может стоять рабочая память, на основании очень сильной корреляции срытых факторов WM и *g* (от 0,8 до 0,9). К тому же рабочая память как более универсальная и фундаментальная психическая переменная может претендовать на роль общего интеллектуального фактора. Однако некоторые исследования, в том числе и вышеупомянутые, не позволяют принять безоговорочно

эту версию, хотя и указывают на важную связь общего интеллекта с памятью. Например, Е. Зюсс (E. Süß) и коллеги в своем исследовании выявили между факторами WM и **Gf**/*g* более слабые корреляции (от 0,38 до 0,60), чем у Киллонена и К. Христала (C. Christal). Кроме того, в детской выборке связи отдельных компонентов рабочей памяти с *g* были самыми низкими. Эти факты, так же как упомянутое выше возрастное снижение влияния рабочей памяти на общий интеллект, не поддерживают идею об эквивалентности факторов g и MW. Ученые полагают также, что конструкция рабочей памяти недостаточно теоретически и операционально определена. Ясно только, что этот фактор отражает важный ограниченный ресурс когнитивной эффективности, при этом еще предстоит выяснить, какие именно аспекты MW, в какой степени и на какие компоненты когнитивной деятельности влияют.

Фактор g — когнитивная скорость?

Альтернативным предположением относительно природы фактора g является выдвижение на его роль фактора когнитивной скорости (**Gs**) [9]. Т. Зальтхаузе (T. Salthouse) заключил, что именно **Gs** является тем фактором, который обусловливает индивидуальные различия в интеллекте. Основанием послужило обнаружение большого числа позитивных связей между разными психометрическими показателями скорости (выполнения различных заданий) и общим интеллектом, при одновременном наличии негативной связи этих факторов с возрастом. Ученый полагает, что скорость когнитивной переработки информации может отражать скорость трансмиссии нервных импульсов и составлять тем самым фундаментальную сущность фактора *g*. Однако Кэррол [4], а вслед за ним Хорн [6], убедительно показали на большом фактическом материале, что разные компоненты скорости когнитивных и психомоторных процессов неоднозначно коррелируют между собой и с другими когнитивными, неврологическими, возрастными и другими переменными. Эти факты не дают оснований предполагать существование одного общего фактора скорости как общего фактора *g*.

Последние исследования в этой области, как считает Хорн, подчеркивают важную роль способности поддерживать внимание как посредника в связях между когнитивной скоростью и рабочей памятью. Есть предположения, что когнитивная скорость снижается со временем из-за ослабления концентрации внимания, а не собственно ухудшения скорости, так как скоростные задания требуют активную фокусировку и удержание внимания. А. Хашер (A. Hasher) и Г. Люкс (G. Luks) также считают, что внимание может быть базовым компонентом рабочей памяти. М. Бадделей (M. Baddeley) аналогично утверждает, что рабочая память может быть описана как рабочее внимание.

Так или иначе, но все эти попытки проникнуть в скрытую природу общей интеллектуальной способности выявляют сложные и неразрывные связи

между тремя компонентами когнитивного функционирования (памятью, вниманием, скоростью), которые в наибольшей степени определяют эффективность общей работы интеллекта, но все-таки, на наш взгляд, не раскрывают его специфическую, собственно познавательную сущность.

Теория Веккера и загадка фактора *g*

Обращение к информационной теории психики Веккера [3] может предложить новую версию объяснения загадочного фактора *g* и его неразрывных связей с памятью, вниманием и скоростью когнитивных процессов. Так, способность индивида инвариантно отражать базовые характеристики пространства-времени, модальности и интенсивности источника информации может обусловливать интраиндивидуальные корреляции между самыми разнообразными когнитивными тестами, неизбежно включающими эти базовые свойства действительности (в их прямой или производной форме) в содержание своих заданий. На уровне развития понятийного интеллекта в выполнение любых познавательных тестов проникает (уже сверху) влияние концептуальных способностей как другой возможной составляющей фактора *g*. Так, возрастные и клинические различия в корреляциях фактора *g* с другими когнитивными способностями [5, 6] указывают на некоторую качественную разницу общего интеллекта детей (допонятийное мышление) и взрослых (понятийный интеллект), умственно отсталых индивидов и здоровых и др. При этом парадоксальные свойства психического времени, сочетающего длительность и последовательность с одновременностью существования «начала» и «конца» на отрезке отраженного времени взаимодействия с раздражителем, необходимо включают оперативную память в любой психический, в том числе и когнитивный акт. Эти свойства также требуют определенных энергетических (антиэнтропийных) затрат, направленных на «удержание» ограниченного отрезка естественного хода времени и обеспечение для любых психических действий возможности обратного продвижения внутри этих временных границ. Поэтому интеллектуальные операции любого рода неразрывно связаны с объемом оперативной памяти и ее энергетическими компонентами, среди которых скорость кодирования, декодирования и перекодирования информации играет важную роль, увеличивая реальный энергетический ресурс оперативной памяти. Похожее объяснение связи фактора *g* и скорости предлагают и другие теоретики [13]. Сочетание глубокой теории с достижениями современных факторно-аналитических исследований может оказаться очень продуктивным. А возможности факторного анализа и других математико-статистических методов исследования интеллекта постоянно расширяются, и границы их применения, как образно замечает Кейч [8], «могут быть ограничены только воображением исследователя».

Список литературы

1. *Холодная М. А.* Психология интеллекта: парадоксы исследования. СПб., 2002.
2. *Дружинин В. Н.* Психодиагностика общих способностей. М., 1995.
3. *Веккер Л. М.* Психика и реальность: единая теория психических процессов. М., 1998.
4. *Carroll J. B.* Human cognitive abilities: A survey of factor-analytic studies. New York: Cambridge University Press, 1993.
5. *McGrew K. S.* A Cattell-Horn-Carroll Theory of Cognitive Abilities: Past, Present and Future. In: Flanagan, 2005.
6. *Horn J. L., Blankson N.* Foundation for Better Understanding of Cognitive Abilities. In: Flanagan D.P., 2005.
7. *Flanagan D. P., Harrisson P. L.* (Ed.) Contemporary intellectual assessment: theory, tests, and issues. New York: Guilford Press, 2005. P. 581–615.
8. *Keith T. Z.* (2005). Using Confirmatory Factor Analisis to in Understanding the Constructs Measured By Intelligence Tests. In: Flanagan D. P., Harrisson P. L. (Ed.) Contemporary intellectual assessment: theory, tests, and issues. New York: Guilford Press, 2005. P. 581–615.
9. *Jensen A. R.* The g factor. Westport, CT: Praeger/Greenwood, 1998.
10. *Lezak M. D., Howieson D. B. & Loring D.W.* Neuropsychological assessment. New York: Oxford Psychological Press, 2004.
11. *Анастази А., Урбина С.* Психологическое тестирование. М., 2002.
12. *Spreen O., Strauss E.* A compendium of neuropsychological tests: Administration, norms, and commentary. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 1998.
13. *Sternberg R. J.* The Triarchic Theory of Successful Intelligence. In: Flanagan D. P., Harrisson P.L. (Ed.) Contemporary intellectual assessment: theory, tests, and issues. New York: Guilford Press, 2005. P. 103–118.

Глава 5

Конструктивные особенности формализованных психологических тестов

Критерии конструирования и выбора тестов в психодиагностической практике

Общие положения

Современные тенденции социальной политики развитых стран выдвигают на первый план профилактическую деятельность, предопределяющую непрерывность отслеживания в режиме мониторирования состояния здоровья, социального поведения, профессиональной пригодности и потребности в социальной поддержке граждан. Очевидно, что такой подход, ориентированный на раннее выявление тех или иных личностных и межличностных проблем и своевременное оказание профессиональной помощи, гуманистичен в своей основе, но требует значительных материальных и временны́х затрат в связи с массовостью профилактических мероприятий. В то же время он способен сократить затраты общества на лечение своевременно не предупрежденных болезней, предотвратить многие разрушительные конфликты и продлить период дееспособности популяций.

Достижения научно-технического прогресса создали благоприятные условия для реализации массовых профилактических мероприятий. Это новые техники и технологии, электронные устройства сбора, хранения и обработки многомиллионных данных, дистанционные средства передачи информации, новейшие научно-методические разработки в различных отраслях знаний социальной сферы. Особое внимание уделяется экспресс-методам, позволяющим резко повысить производительность сбора и обработки данных, а также обеспечить их объективность.

Психологическая наука не осталась вне научно-технического прогресса. XX в. был ознаменован усилиями многих ученых и коллективов по созданию и практическому использованию формализованных психологических и

медико-психологических вербальных и невербальных тестов, предназначенных для исследования и диагноза психо-физиологических и личностных характеристик, свойств, знаний, навыков и умений испытуемых.

Во второй половине XX в. произошло оформление тестового метода в самостоятельное научное направление со своей теоретической и концептуальной базой, научно и экспериментально обоснованными принципами конструирования тестов и критериями оценки их валидности и надежности. Одновременно шло накопление и совершенствование интерпретационного опыта.

Проникновение в тестовый метод математической статистики, факторного анализа и других дисциплин прикладной математики способствовало развитию количественных мер, которые стали привычными в психологических исследованиях, усилив традиционно используемые качественные суждения и доказательства «числом и мерой». С появлением ЭВМ психологическое тестирование получило основательное подкрепление при сборе и обработке больших массивов информации не только технически, но и методически, за счет возможности использования мощного аппарата математической статистики и анализа многомерных данных.

В социальных науках и медицине, где возникают практические задачи оценки личностных свойств и их особенностей, потребность в эффективных тестах весьма велика, так как на их основе, в отличие от трудоемких и дорогостоящих методов интервьюирования и наблюдения, достижимо проведение массовых обследований, результаты которых в меньшей мере зависели бы от квалификации исследователя. Количество тестов с различными целевыми установками проявляет тенденцию роста, и перед прикладным исследователем стоит непростая задача выбора, для чего необходима разработка критериев и механизма тестирования самих тестов.

Несмотря на многолетний опыт конструирования и практического использования медико-психологических тестов, многие теоретические и методические вопросы остаются дискуссионными либо нерешенными. В данной главе рассматриваются (на основе авторских исследований) со структурных позиций основные конструктивные особенности тестов аддитивного типа, знание и учет которых необходимы как при разработке новых тестов, так и при выборе из функционально однородных наиболее предпочтительных для практического использования.

Аддитивная модель тестов

Большинство вербальных формализованных тестов — клинических и самоопросников — построены по типу аддитивной модели, в рамках которой интегральная оценка, или решение теста, рассчитывается как сумма частных

оценок по отдельным признакам (пунктам, вопросам, утверждениям, заданиям) анкеты. За кажущейся простотой вычислительного алгоритма скрываются не в полной мере исследованные глубинные свойства аддитивной модели, которые, в свою очередь, определяют возможности теста как измерительного инструмента и его ограничения. Их необходимо знать и учитывать как при выборе для практического пользования того или иного теста, так и при интерпретации результатов тестирования.

По характеру используемых признаков вербальные тесты подразделяются на две группы. К первой группе относятся, например, самоопросники MMPI, ОДС, Фрайбургский личностный опросник и другие тесты, содержащие бинарные признаки, которые делегируют в итоговую сумму либо 0, либо 1 в зависимости от ответа на поставленный вопрос. Эти тесты базируются на номинальных шкалах. В общем виде результат такого тестирования можно выразить следующим образом:

$$T = \sum_{i=1}^{n} X_i, \qquad (1)$$

где T — решение теста (интегральная оценка, целевая функция); i — индекс признака (вопроса анкеты); n — количество признаков (длина анкеты); X_i — значение i-го признака, $X_i = \{0, 1\}$.

Ко второй группе относятся многие клинические тесты, а также, например, такие самоопросники, как тесты Бека и Зунга. В них используются более сильные ранговые шкалы, которые дифференцируют степень проявленности тех или иных признаков в баллах. При этом выражение (1) для случая ранговых признаков преобразуется к виду:

$$T = \sum_{i=1}^{n} X_{i_j}, \qquad (2)$$

где X_{i_j} — j-ое значение (ранг) i-го признака.

Если в первом случае складываются единицы, то во втором — баллы. Но в обоих случаях возникает вопрос: а правомерна ли вообще процедура суммирования? Необходимо заметить, что в математической статистике на шкалах качественных признаков недопустимы арифметические операции, в том числе операция суммирования. Что же тогда представляют собой значения T в формулах (1) и (2)? В формуле (1) это сумма голосов, отданных испытуемым «за» целевую функцию при условии, что тест является валидным, а в формуле (2) это сумма взвешенных голосов, где ранги выступают в роли весов признаков.

Таким образом, качественные понятия-признаки преобразуются в количественные величины, которыми можно оперировать, используя параметрические методы математической статистики. Однако не следует забывать, что основа этих величин остается по природе своей качественной.

Информативность признаков

Под индивидуальной информативностью признака понимается его максимально возможный вклад в тестовую сумму, или решение теста (это частное определение информативности применительно к тестам двух рассматриваемых типов). В тестах, построенных на бинарных признаках, все признаки потенциально равноинформативны, поскольку каждый из них способен делегировать в сумму только один балл-голос. Насколько это правомерно? К примеру, такие заведомо разные по клинической значимости утверждения теста MMPI, как «Иногда Вы сердитесь» и «Каждую неделю Вам снятся кошмары», способны внести в общую сумму лишь по единице, и в этом смысле они равнозначны, что далеко не очевидно из содержательных соображений. Таким образом, аддитивная модель в варианте бинарных признаков, независимо от воли ее создателей и пользователей, является уравнительной в части индивидуальной информативности признаков. Дифференциация результирующих оценок происходит лишь по значениям суммы баллов, создавая на внешний взгляд полноценный количественный результат измерения.

Более развитой является аддитивная модель тестов второго типа, где учитывается степень проявленности того или иного признака с отображением в ранговых шкалах. Например, признак «Я чувствую подавленность» в тесте Зунга имеет четыре градации: 1 — никогда или изредка, 2 — иногда, 3 — часто, 4 — почти всегда или постоянно. В тестах этого типа дифференциация целевой функции начинается с уровня отдельного признака и завершается на уровне суммы баллов. Ранговые тесты подразделяются на два подтипа: с равноинформативными признаками и неравноинформативными. Клиническая шкала MADRS содержит 10 семибалльных признаков, самоопросник Зунга — 20 четырехбалльных, самоопросник Бека состоит из 21 признака (1 шестибалльный, 7 пятибалльных и 13 четырехбалльных), тест Гамильтона представлен 23 признаками (10 пятибалльных, 3 четырехбалльных и 10 трехбалльных), шкала Михайленко—Нуллера 6 признаками (1 семибалльный и 5 пятибалльных). Выделенные подтипы отражают различающиеся в нюансах авторские взгляды на относительную информационную значимость тех или иных симптомологических признаков — либо они равнозначны в максимальном проявлении, либо неравнозначны. Механизм оценки индивидуальной информативности (балльности) признаков не формализован, а идентифицируется как механизм генерации субъективных оценок экспертного типа с размытыми границами. Размытость границ определяется отсутствием четких количественных критериев разделения таких качественных понятий, как, например, «изредка», «иногда», «часто», «почти всегда», понимаемых по-своему разными пациентами или специалистами.

В этой связи решение теста в виде суммы баллов является квазиколичественным показателем, построенным на качественной основе.

Субъективизм в назначении рангов нетрудно проиллюстрировать конкретными примерами. В частности, в самоопроснике Бека признак-утверждение «Оглядываясь на свою жизнь, я вижу лишь череду неудач» оценивается в 3 балла, а признак-утверждение «У меня есть план, как покончить с собой» — в 2 балла. Многие авторы и разработчики тестов аддитивного типа не приводят данные по аргументации решений по части градуирования и ранжирования шкал.

В то же время в современной практике конструирования тестов есть примеры обоснованной количественной оценки информативности градаций признаков, базирующиеся на вероятностных и теоретико-информационных подходах. Принципиальное отличие этих подходов состоит в том, что мерой информативности является не ранг, присвоенный по субъективным представлениям автора соответствующей градации, а преобразованное тем или иным способом соотношение частот встречаемости эталонных представителей двух популяций, определяемых как «норма» и «отклонение от нормы». В частности, в работах ведущих разработчиков тестов [1, 2, 3] используется функционал Кульбака [4] для объективного измерения информативности отдельных признаков и их градаций, что является существенным улучшением аддитивной модели. Итоговое решение теста, представляющее алгебраическую сумму информативностей признаков, остается в рамках этой модели суммой одномерностей.

При сравнении батареи тестов по относительной информативности выделенных основных групп симптоматических признаков установлено, что разные авторы придают разное значение тем или иным группам признаков (табл. 5.1). В частности, предельная относительная информативность группы признаков, оценивающих общее состояние здоровья (сомато-вегетативные симптомы), в тесте MADRS составляет 20,6%, а в тесте MMPI — 31,7%. Значимость признаков проблематики отношений варьируется от 10,3% (MADRS) до 43% (Бек). Коллективная информативность группы невротических и психотических проявлений (психопатологический симптомокомплекс) колеблется от 33,3% (ОДС) до 68,5% (Михайленко—Нуллер). Отмеченные конструктивные особенности анализируемых тестов изначально предопределяют разброс значений информативности одноименных групп признаков и, как следствие, возможное рассогласование результирующих оценок при использовании разных тестов, однородных по целевому назначению.

Принято считать, что при суммировании баллов по всей совокупности признаков достигается многомерность результата, однако с современных теоретико-информационных позиций аддитивная модель лишь формально отражает многомерность, являясь в действительности механической суммой одномерностей, поскольку не учитывает при выводе итоговой оценки

статистических связей между признаками и целевой структуры многомерного пространства.

В этом плане С. Кульбаком был получен фундаментальный результат, суть которого отражена в приведенной к седуктивному виду формуле:

$$I^k = \sum I_i - I^d(X_1, \dots X_n) + I^s(X_1, \dots X_n), \quad (3)$$

где I^k — полная, или коллективная, информативность признаков $\{X_i\}_i^n$; I_i — индивидуальная информативность i-го признака; I^d — избыточная, или дублирующая, информативность, возникающая за счет зависимости признаков множества $\{X_i\}$; I^s — дополнительная информативность, порождаемая многомерной структурой признакового множества.

Таблица 5.1 **Относительная информативность разных групп симптомологических признаков в тестах депрессивного состояния**

Группы признаков	Тесты депрессивного состояния, шкалы депрессии							
	Михайленко—Нуллер*	Гамильтон	MADRS	Зунг	ОДС	MMPI	Бек	Размах информативности (от—до)
	Информативность, %							
Общие проблемы здоровья (сомато-вегетативные симптомы)	–	29,3	20,6	25	24,3	31,7	17,2	20,6–31,7
Нарушения сна**	–	9,8	10,3	10	3	5,0	4,3	3–10,3
Проблемы отношений (социальное окружение)	31,5	20,7	10,3	25	39,4	21,7	43,0	10,3–43
Психопатологический симптомокомплекс	68,5	40,2	58,8	40	33,3	41,7	35,5	33,3–68,5
ИТОГО	100	100	100	100	100	100	100	

Примечание: * В клинической шкале Михайленко—Нуллера соматические признаки документируются, но не оцифровываются и в сумму баллов не входят.

** Блок вопросов-признаков, относящихся к нарушению сна, выделен в отдельную группу из блока «общих проблем здоровья» как включающий в себя наибольшее количество вопросов-характеристик по большинству тестов.

Первый член правой части выражения (3) обозначает сумму индивидуальных информативностей признаков, что представляется правомерным в предположении, что каждый признак несет некоторое сообщение о цели.

При введении в систему нового признака, статистически зависящего от имеющихся в системе, он привносит в коллективную информативность только часть своей индивидуальной информативности (случай неполной зависимости) или вообще не привносит (случай полной зависимости).

Таким образом, сумма индивидуальных информативностей всегда избыточна, поэтому второй член в правой части формулы (3) отрицательный.

Третий член отражает дополнительную, или структурную (всегда положительную), информативность, возникающую за счет многомерной структуры признакового пространства.

При введении в систему так называемых «шумящих» признаков, т. е. признаков с высоким уровнем погрешности, возможно снижение коллективной информативности, что наблюдается на практике использования дискриминантного анализа и других алгоритмов распознавания образов. Такие признаки способны заблокировать положительный вклад структурной составляющей.

Очевидно, что формулы (1) и (2) являются частным случаем (3) и не учитывают всех нюансов проблемы, что является существенным общеметодологическим недостатком аддитивной модели, по которой построено большинство формализованных тестов.

Проиллюстрируем соотношение (3) результатами специально проведенного эксперимента, суть которого заключалась в следующем. На выборку из 35 пациентов клиники неврозов с депрессивными расстройствами пограничного уровня получены данные по шкале MADRS и самоопроснику Бека. По значениям суммы баллов MADRS пациенты разбиты на два класса: первый класс — это пациенты с низким уровнем депрессии, набравшие до 12 баллов включительно, второй класс — пациенты со средним и высоким уровнем депрессии, набравшие более 12 баллов. Задача ставилась таким образом: способны ли данные тестирования по Беку подтвердить два класса по MADRS, и с какой успешностью? Каков реальный эффект при переходе от суммы одномерностей к многомерности?

Задача решалась с помощью аппарата дискриминантного анализа в два этапа. На первом этапе задавались классы по MADRS (целевой признак) и суммы баллов по Беку (косвенный признак), как традиционная сумма одномерностей. Эффективность распознавания целевых классов составила 51,4%, в том числе пациентов первого класса 57,1%, второго класса — 47,6%. Такой результат оценивается как недостаточно высокий. Заметим, что в рамках дискриминантного анализа информативность признаков, или эффективность решающего правила, определяется как относительное число правильных заключений о классовой принадлежности испытуемых, выраженное в процентах от объема выборки.

На втором этапе в качестве косвенных отбирались отдельные признаки и их сочетания из теста Бека и оценивалась их информативность, или эффективность распознавания классов MADRS. На первом шаге определялась индивидуальная информативность-эффективность каждого из 21 признака анкеты Бека и отбирался лучший признак с максимальной информативностью. На втором шаге просматривались все пары на основе лучшего признака, и отбиралась лучшая пара. Далее по такой же схеме отбирались лучшая

тройка, четверка, пятерка признаков и т. д., до стабилизации показателя информативности-эффективности. Динамика роста информативности представлена на рис. 5.1.



Рис. 5.1. Зависимость коллективной информативности от количества введенных в модель признаков

Индивидуальная информативность лучшего из 21 признака анкеты Бека составила 65,7%, что превысило ранее приведенное значение информативности суммы баллов по Беку. Это означает, что анкета содержит признаки-помехи и что сумма баллов не обязательно лучше каждого из слагаемых. При росте размерности признакового пространства наблюдается монотонный рост информативности с участками локальной стабилизации. Максимум информативности достигнут в 13-мерном пространстве — 94,3%, в том числе на пациентах первого класса — 92,9%, второго класса — 95,2%. При дальнейшем росте размерности пространства решение задачи не улучшилось — на 13 шаге достигнут оптимум. Оставшиеся «за бортом» 8 признаков не вошли в решающее правило, так как не содержали дополнительной целевой информации либо привносили в систему информационные шумы. Их коллективная информативность составила всего 62,8%, что даже меньше индивидуальной информативности лучшего из 21 признаков (65,7%).

Приведенный пример подтверждает справедливость соотношения (3), в котором отражены главные преимущества и резервы многомерного подхода к тестированию, в отличие от суммы одномерностей, а именно — учет целевой зависимости признаков и оптимизация структуры многомерного про-

странства. При этом важно отметить, что оптимизация отдельных признаков в аддитивной модели не является гарантией оптимизации суммарных оценок.

Понятие информационной избыточности с позиций содержания не является недостатком, так как позволяет получить более развернутую психологическую или клиническую картину, отражающую психологические особенности и состояние обследуемого пациента.

Однако с процедурных позиций суммирование статистически зависимых признаков, использующееся для расчета итогового балла и уровня тяжести, может привести к «зашумлению» системы и снижению ее целевой эффективности, о чем свидетельствуют результаты выполненного эксперимента.

Анализ распределений

В середине XX в. при создании Миннесотского многопрофильного личностного опросника укоренилось и стало традицией представление о нормальном распределении баллов. Т-преобразование сырых баллов представляет собой именно процедуру нормализации с одновременным приведением измерений в разнодлинных списках признаков к единой шкале, где средние значения на стандартной выборке совмещены на уровне 50 Т-баллов, а отклонение вниз или вверх по шкале на 10 единиц означает смещение на одну сигму (стандарт). Если исходное распределение сырых баллов не было нормальным, а скажем, полимодальным, то было бы ошибочным считать, что процедура нормализации делает его нормальным (оно так и остается полимодальным), а лишь аппроксимирует эмпирическое распределение нормальным, наделяя его не обязательно присущими ему свойствами, в частности симметричности и равенства среднего, моды и медианы.

В ряде технических и медицинских приложений (теория эпидемий, массовое обслуживание, контроль качества продукции и др.) основополагающие законы распределения доказываются теоретически, а их параметры оцениваются по эмпирическим данным. Применительно к психологическому тестированию гауссово распределение постулируется (скорее всего, ввиду хорошей его изученности) без анализа возможных издержек прикладного плана. Между тем, из механизма суммирования баллов в тестах с бинарными признаками следует соответствие биномиальному закону распределения, а в тестах с ранговыми признаками — полиномиальному. При равновероятности вхождения бинарных признаков в сумму с 0 или 1 или равновероятностью появления любой градации ранговых признаков эти распределения будут симметричными, в ином случае — искаженными.

Для проверки постулата о нормальном распределении нами выполнена обработка данных тестирования по тесту MMPI. Однородная по полу (юноши) и возрасту (17–19 лет) выборка абитуриентов (курсантов вузов) состояла из

400 человек, прошедших полное медицинское, в том числе психиатрическое и психологическое, обследование и признанных соматически и психически здоровыми без установленных отклонений от нормы. Судя по гистограммам Т-баллов, одна и та же выборка обследованных на разных шкалах распределилась по четырем типам:

- нормальному — шкалы истерии и мужественности—женственности;
- полимодальному (близкому к нормальному) — шкалы депрессии и гипомании;
- логнормальному — шкалы психопатии, психастении, шизоидности, паранойи, социальной интроверсии;
- гиперболовидному (усеченному логнормальному) — шкала ипохондрии.

Таким образом, результаты экспериментальной проверки постулата о распределении психологических свойств по нормальному закону не подтвердили его универсальность. В этой связи традиционная процедура нормализации (перевод «сырых» баллов в Т-баллы), используемая для приведения к сопоставимому виду разнодлинных шкал, применительно к шкалам с распределениями, сильно отличающимися от нормального, не вполне корректна.

Другой постулат, вытекающий из гипотезы нормального распределения, состоит в равновероятности, или симметричности, положительных и отрицательных отклонений. В тесте MMPI этот постулат реализуется в виде правила «двух сигм», примененного к Т-баллам. Интервал от 30 до 70 Т-баллов охватывает 95,5% популяции и квалифицируется как «норма». В интервале более 70 Т-баллов сосредоточено 2,25% популяции, оцениваемой как значимое превышение нормы, а в интервал менее 30 Т-баллов попадают субъекты со значимым дефицитом измеряемого свойства (2,25%). Таким образом, аддитивная модель, аппроксимируемая нормальным распределением, предполагает равенство объемов положительных и отрицательных аномалий. Установленное значение границы, отделяющей норму от возможного или значимого отклонения в 2,5%, может оказаться сильно заниженным в сравнении с оценками ВОЗ о распространенности некоторых форм психических отклонений.

Поскольку аддитивная модель имеет свое собственное распределение частот, то возникает вопрос о разнообразии неповторяющихся способов получения той или иной суммы баллов. Для тестов бинарного типа количество вариантов ответа на анкету, отличающихся хотя бы одним элементом, составит

$$N = 2^n, \qquad (4)$$

где n — длина анкеты (количество вопросов).

К примеру, шкала депрессии теста MMPI состоит из 60 признаков, следовательно, с позиций вероятности, возможно $2^{60} = 1{,}15292 \times 10^{18}$ неповторяющихся способов заполнения анкеты. Это на восемь порядков больше, чем все население планеты. Теоретически допустимо, что если обследовать всех жителей Земли, то не найдется ни одной эквивалентной пары заполненных анкет. Между тем, несмотря на астрономическое разнообразие допустимых вариантов, все они при суммировании укладываются в узкий диапазон результирующих значений от 0 до 60 с коэффициентом свертки $1{,}89 \times 10^{16}$. При этом 99,35% вариантов лежат в интервале сумм от 20 до 40 (норма), а всего по 0,31% приходится на интервалы 0–19 и 41–60 (отклонения). Иными словами, аддитивная модель генерирует центростремительную тенденцию, а процедура суммирования маскирует многообразие ответов на вопросы анкеты. В этом случае такая модель не учитывает содержательную часть вопросов-признаков — не важно, *какие* именно вопросы делегировали единицу в сумму, а важно, *сколько* их. Такая модель не является оптимальной, если исследуется трехполярная система, например «*ригидность—норма—лабильность*», и если известно, что «норма» в популяции явно превалирует. При этом оказывается, что норма чрезвычайно разнообразна, а отклонения неизмеримо бедны вариантами, более однообразны.

Для двуполярных систем вида «*норма—патология*» применение аддитивной модели представляется не вполне оправданным из-за центростремительной тенденции, допускающей максимум разнообразия в пограничной полосе между полюсами. Поэтому потенциально наиболее многочисленным и разнообразным оказывается не полюс нормы, а переходный тип между нормой и патологией.

Аддитивная модель, базирующаяся на ранговых признаках, генерирует также значительное число возможных неповторяющихся вариантов заполнения анкеты, исчисляемое по формуле:

$$N = \prod_{i=1}^{n} k_i, \quad (5)$$

где k_i — количество рангов i-го признака; n — количество признаков (длина анкеты); П — оператор произведения.

При равенстве рангов $k_i = k$ формула (5) упрощается:

$$N = k^n. \quad (6)$$

К примеру, в клиническом тесте MADRS, состоящем из 10 семибалльных признаков, число возможных вариантов заполнения анкеты составляет $7^{10} = 282\,475\,249$, а распределение их по трем равным интервалам сумм составляет 4,85% — 90,3% — 4,85%. Очевидно, что сама модель предоставляет гораздо большие возможности вхождения в срединную градацию суммы баллов. Для клинических шкал эта градация интерпретируется как отклонение средней тяжести. Характерно, что при обработке реальных данных тес-

тирования большинство пациентов отнесено именно к среднему уровню тяжести депрессивного синдрома.

С целью изучения возможного влияния собственного распределения аддитивной модели на результаты тестирования нами выполнен специальный эксперимент, включающий две процедуры — имитационное моделирование и рецензирование выборки по дисперсионному критерию.

Механизм моделирования представлял собой имитацию заполнения анкет теста с помощью генератора случайных чисел в диапазоне значений от 1 до 7 с последующим расчетом полученных случайных сумм. Была сформирована выборка случайных данных объемом более 1000 анкет. Очевидно, что большая часть таким образом полученных анкет представляет собой ненадежные данные, поскольку генератор случайных чисел полностью абстрагирован от содержательного смысла вопросов анкеты, хотя при этом рассчитанные суммы баллов находятся в допустимых пределах и каждая случайная анкета дает вполне правдоподобный итоговый результат с точки зрения полученной суммарной оценки. Распределение случайных сумм баллов представляет собой своеобразную подложку для распределения реальных данных тестирования больных депрессией.

Из концепции взаимной согласованности признаков анкеты следует, что степень внутренней согласованности признаков можно измерить дисперсией или стандартным отклонением значений баллов по всем 10 признакам. Анкеты, в которых дисперсия превысила эмпирически установленный порог, рассматриваются как потенциально недостоверные и удаляются из выборки (процедура рецензирования, или фильтрации). Таким образом, из двух исходных выборок сформированы две сокращенные подвыборки (РД — реальных данных и СД — случайных данных), прошедшие через дисперсионный фильтр. Графики распределения сумм баллов приведены на рис. 5.2.

Графики убедительно иллюстрируют центростремительную тенденцию аддитивной модели, особенно на исходных выборках: максимумы частот приходятся на среднюю градацию сумм баллов. Даже после фильтрации эта тенденция сохранилась, хотя и в ослабленном виде. Распределение отфильтрованных реальных данных приблизилось к равномерному, т. е. преобладание отклонений средней тяжести заметно снизилось.

Основной вывод из результатов выполненных экспериментов состоит в том, что вероятность «навязывания» собственного распределения аддитивной модели данным тестирования весьма велика. Внутренние свойства модели предопределяют корректное ее использование в трехполюсных тестах на основе бинарных признаков и проблематичность в тестах, оперирующих ранговыми признаками, — из-за центростремительной тенденции, которая отдает предпочтение умеренным значениям суммарных оценок.

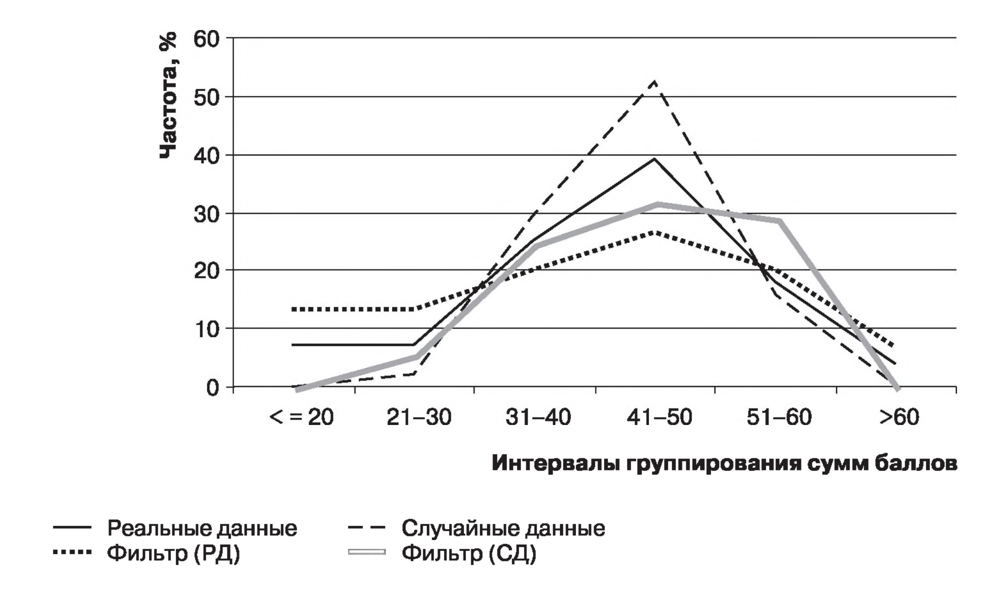


Рис. 5.2. Распределение сумм баллов по тесту MADRS

Критерии истинности результатов тестирования

Вопрос истинности результатов тестирования чрезвычайно важен для психодиагностической методологии, и не всегда его удается решить с исчерпывающей полнотой. Создатели теста MMPI ввели специальные шкалы лжи (*L*), достоверности (*F*) и коррекции (*K*) для выявления и отбраковки недостоверных данных и введения поправок в базисные шкалы. Эти поправки рассчитаны по уравнениям регрессии между значениями шкалы *K* и некоторыми базисными шкалами. Величина поправки зависит от значения *K* и угла наклона линии регрессии (поправочного множителя). На выборке объемом 400 испытуемых нами определены коэффициенты корреляции (*KK*) шкалы коррекции со всеми базисными шкалами и сравнены со значениями поправочных множителей (рис. 5.3). В целом поправочные множители хорошо согласуются со значениями коэффициентов корреляции, однако для шкалы мании (*Ma*) поправка явно занижена, для шкалы социальной интроверсии (*Si*) не вводится вообще, хотя корреляция значима, а шкала истерии (*Hy*) нуждается в понижающей поправке. Очевидно, что система разработанных при создании теста MMPI поправок, обладая чертами универсальности, обнаруживает неполную воспроизводимость на иных выборках.

Другие рассматриваемые опросники и клинические тесты в своем составе не содержат оценочных шкал, поэтому вопрос надежности требует специальной проработки. В этой связи нами были проведены исследования, направленные на поиск формальных критериев надежности результатов группового тестирования.

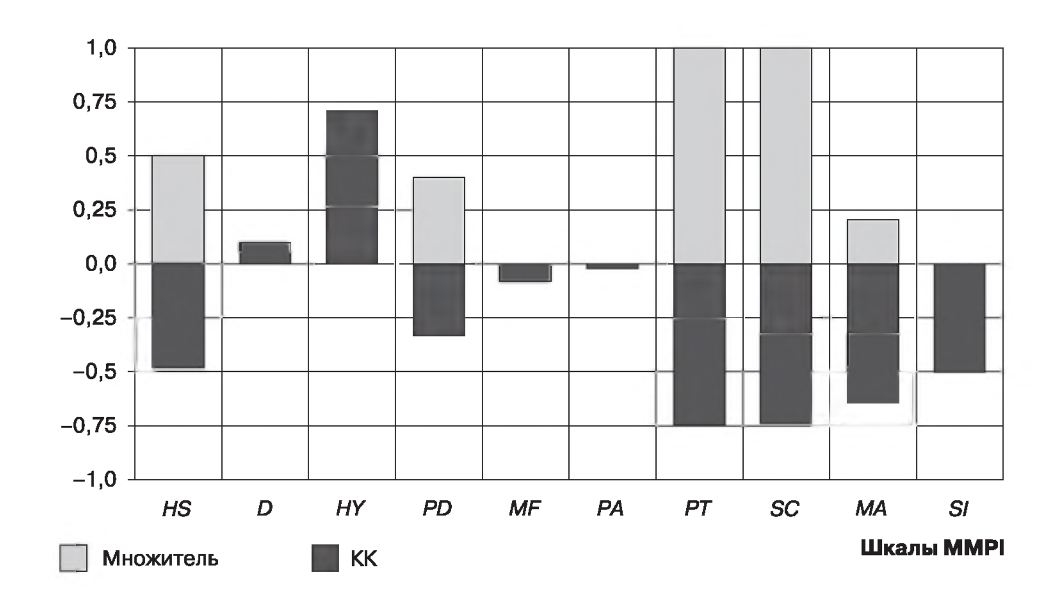


Рис. 5.3. Сопоставление значений поправочных множителей и коэффициентов корреляции (КК)

В практике конструирования и апробации тестов различного назначения ключевая роль принадлежит таким показателям качества теста, как валидность и надежность, т. е. соответственно способность и точность решения поставленной задачи.

При оценке надежности тестов используется, в частности, прием расщепления исходного теста на два подтеста с последующим подсчетом полусумм и вычислением коэффициента корреляции между половинами теста и/или коэффициента надежности Спирмена—Брауна, который функционально связан с коэффициентом корреляции:

$$R_t = 2r_{1,2} / (1 + r_{1,2}), \quad (7)$$

где R_t — коэффициент надежности полного теста; $r_{1,2}$ — коэффициент корреляции между половинами теста.

При $r_{1,2} = 0{,}7$ $R_t = 0{,}82$, при $r_{1,2} = 0{,}8$ $R_t = 0{,}89$, а при $r_{1,2} = 0{,}9$ $R_t = 0{,}95$.

Другой способ расчета коэффициента надежности предложил Рюлон [5]:

$$R_t = 1 - (S^2_{1,2} / S^2), \quad (8)$$

где $S^2_{1,2}$ – дисперсия разностей между показателями суммирования по двум половинам теста; S^2 — дисперсия сумм по целому тесту.

Эти два коэффициента дают практически идентичные результаты, однако коэффициент надежности Спирмена—Брауна проще вычисляется при использовании современных компьютерных технологий и специализированных пакетов статистических программ.

Шире подошел к оценке надежности теста Кронбах [6]. Вместо использования разбиения теста на две равновеликие части, он учитывал вариации значений по каждому пункту теста и все возможные разбиения теста на две части, обобщив различные показатели надежности в виде так называемого коэффициента альфа:

$$R_t = (n / (n - 1)) \times ((S^2 - SS_i^2) / S^2), \quad (9)$$

где S_i^2 — дисперсия показателей по i-му заданию (пункту) теста; n — количество заданий теста, или длина анкеты.

Надежность, оцененную методом расщепления, иначе называют внутренней согласованностью, или гомогенностью, однородностью теста. Считается, что гомогенность теста — «обязательное условие того, чтобы результаты измерения имели однозначную трактовку». Если тест гомогенный, то одни и те же оценки у разных испытуемых обозначают одинаковую степень выраженности одной и той же психологической или нозологической характеристики. В противном случае равные оценки у разных испытуемых допускают различное толкование. Очевидно, что в содержательном плане задания теста должны составлять устойчивый, логически связанный комплекс, способный охарактеризовать весь диапазон, или континуум целевой функции теста от минимального до максимального проявления. С формальных позиций гомогенный тест на стандартизованной выборке, т. е. выборке, охватывающей достаточно широкий диапазон оценок, должен характеризоваться высокой корреляцией (0,7 и выше) между всеми парами заданий, а также каждым заданием и результирующим показателем теста. Однако при этом возникает противоречие между содержательным и информационно-статистическим взглядом на проблему: то, что составляет внутреннюю согласованность в психологической традиции, оказывается тавтологией, или информационной избыточностью с позиций статистики. Действительно, если какие-либо половины теста высоко коррелированны, значит, они дают практически идентичные результаты, а тест излишне избыточен, и его можно сократить, по крайней мере, вдвое без потери функциональной способности.

Обычно четные пункты теста составляют один подтест, нечетные — второй. Если между двумя частями теста устанавливается тесная корреляция со

значением коэффициента корреляции более 0,7 (что соответствует коэффициенту надежности 0,82), то исходный тест признается надежным. В противном случае тест либо бракуется, либо модифицируется до приемлемого уровня его надежности. Очевидно, что порядок следования в анкете теста пунктов (вопросов, признаков) задается автором теста в соответствии с некоторой композиционной логикой, однако без потери содержательной ценности теста любой его пункт-признак с равной вероятностью может занять любое место в анкете. Теоретически существует конечное множество вариантов дробления теста на две равновеликие (или почти равновеликие) части, которое вычисляется по правилам комбинаторики с помощью следующего выражения:

$$L = n!/2(n - r)!r!, \qquad (10)$$

где L — количество неповторяющихся вариантов бинарного разбиения теста; n — количество вопросов теста; $r = n/2$ при четном n и $r = (n + 1)/2$ либо $r = (n - 1)/2$ при нечетном n.

Нами проведен специальный эксперимент по оценке надежности клинического теста MADRS, состоящего из 10 семибалльных пунктов-признаков, на реальных и модельных (случайных) данных. Задача состояла в том, чтобы отыскать формальные критерии разделения реальных и случайных выборок и выявить различия в закономерностях, присущих этим несходным по характеру формирования совокупностям. Если такие различия закономерностей существуют, то они в прикладном аспекте, во-первых, могут быть инструментарием для отбраковки групп недобросовестных данных и, во-вторых, открывают своеобразный дополнительный аспект оценки надежности тестов.

При сравнении основных статистических параметров (табл. 5.2) обнаруживается, что выборка реальных данных отличается от модельной несколько большей изменчивостью: стандартное отклонение в 2 раза выше, чем у случайных сумм баллов. Кроме того, заметное отклонение моды от среднего и асимметрии и эксцесса от 0 свидетельствует о том, что распределение реальных данных отличается от нормального. Характер их распределения, прежде всего, зависит от долевого соотношения пациентов с разной степенью тяжести депрессивного расстройства. При ином подборе пациентов распределение реальных данных может приблизиться к нормальному закону, тогда различия параметров реальной и случайной выборок будут вовсе нивелированы.

Таким образом, уверенно отбраковать случайные результаты, ориентируясь на статистические параметры распределения сумм баллов, не представляется возможным. Это обусловлено свойством самой модели теста аддитивного типа, где любые, в том числе случайные, суммы баллов находятся в области допустимых значений.

Таблица 5.2. Сравнительная характеристика статистических параметров сумм баллов по реальной и случайной выборкам

Параметры	Реальные данные	Случайные данные
Стандарт	12	6.3
Среднее	42	40
Мода	37	39
Медиана	43	40
Максимум	62	65
Минимум	18	14
Асимметрия	–0,30	0,006
Эксцесс	–0,36	–0,107

Не исключено также, что близость в рассматриваемом примере средних значений сумм в реальной и случайных выборках является следствием центростремительной тенденции аддитивной модели.

С целью поиска критериев различия реального и случайного обратимся к результатам проверки надежности теста методом расщепления на эквивалентные половины. Общее количество неповторяющихся вариантов разбиения теста MADRS, состоящего из 10 признаков-пунктов, составляет 126. Все варианты разбиения были реализованы для реальной выборки и случайной. Далее вычислялись коэффициенты корреляции между соответствующими половинами тестов и рассчитывались статистические параметры распределения коэффициентов корреляции (табл. 5.3).

Здесь, в отличие от результатов табл. 5.2, реальные и модельные данные четко различаются по всем параметрам. При этом минимальное значение коэффициента корреляции между половинами теста на реальных данных (KK = 0,55) превысило максимальное значение на случайных (KK = 0,44). Причина состоит в том, что в профессионально сконструированном клиническом тесте изначально заложены связи между совокупностями признаков (пунктов), составляющих симптомологические комплексы, а механизм случайного заполнения анкеты таков, что каждый признак оцифровывается независимо от оцифровки остальных.

Более рельефно различие распределений коэффициентов корреляции между частями теста для реальной и случайной выборок видно на рис. 5.4. Здесь графики полностью разобщены и даже не имеют зоны частичного перекрытия.

Таблица 5.3 Сравнительная характеристика параметров коэффициентов корреляции (КК) по реальной и случайной выборкам

Параметры	Реальные данные	Случайные данные
Количество измерений КК	126	126
Стандарт	0,06	0,15
Количество значений КК > 0,7	69%	0%
Количество значений КК < 0,7	31%	100%
Среднее	0,73	0,11
Мода	0,71	0,12
Медиана	0,73	0,09
Максимум	0,85	0,44
Минимум	0,55	–0,18
Асимметрия	–0,19	0,38
Эксцесс	–0,03	–0,11

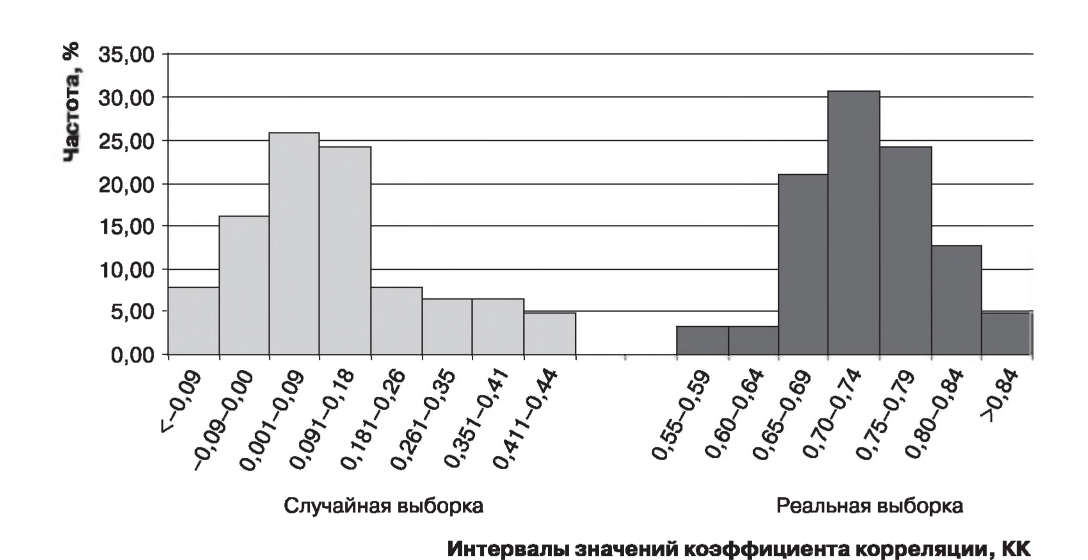


Рис. 5.4. Гистограммы распределения КК между половинами теста MADRS в реальной и случайной выборках

Таким образом, исследование корреляционных связей, помимо общей оценки надежности теста, позволяет отбраковать те совокупности данных, которые не вписываются в концепцию гомогенности.

В целом тест MADRS на реальной выборке продемонстрировал высокую степень надежности (среднее из 126 измерений значение *KK* = 0,73), однако в 31% возможных вариантов расщепления теста результаты оценки его надежности могли быть признаны неудовлетворительными. Чтобы разобраться в причинах вариации *KK* от 0,55 до 0,85 на реальной выборке данных, обратимся к рис. 5.5, на котором изображена иерархическая дендрограмма слияния пунктов теста с использованием метрики Пирсона, опирающейся на корреляционные связи между ними. Пункты теста образовали два обособленных симптомокомплекса:

1) пункты F1, F2, F6, F7 и F8;
2) пункты F3, F4, F5, F9 и F10.

Признаки-пункты каждого комплекса характеризуются высокими внутригрупповыми связями, в то время как межгрупповые связи заметно им уступают. По этой причине корреляционная связь между половинами теста, организованными в соответствии с перечисленными выше комплексами, минимальная (*KK* = 0,55).

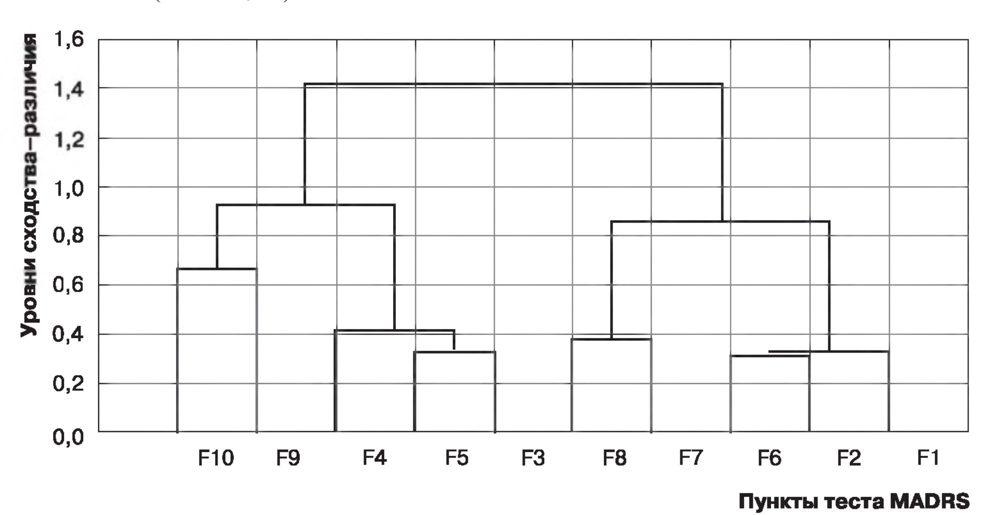


Рис. 5.5. Иерархическая дендограмма сходства–различия между пунктами теста MADRS

Если же пункты теста разделить по принципу симметричного представительства симптомологических комплексов, например:

1) пункты F1, F3, F4, F6, F9;
2) пункты F2, F5, F7, F8, F10,

то коэффициент корреляции между половинами теста в этом случае достигает максимума ($KK = 0{,}85$). Очевидно, что уже на визуальном уровне дендрограмма позволяет прогнозировать высоко- и низкокоррелированные разбиения теста, если на ней выделяются связные группы.

Следовательно, процедура оценки надежности теста методом расщепления не может считаться исчерпывающей проблему, если всесторонне не исследована структура связей между пунктами теста. Эта оценка, как видно из полученных результатов, не является точечной, а представляет собой распределение значений коэффициентов корреляции, соответствующих всем возможным вариантам различающихся разбиений теста на эквивалентные половины.

О границах применимости аддитивной модели

Рассмотрим пример сравнительной оценки эффективности стрельбы двух спортсменов. Оба спортсмена из 10 выстрелов 9 раз поразили цель, при этом первый спортсмен допустил промах в девятом выстреле, а второй — в первом. С точки зрения набранных очков спортсмены равноценны. В данном случае аддитивная модель (подсчет суммы набранных очков) полностью соответствует целевой установке. Если эту модель перенести на условия боевых действий, то, очевидно, что у второго стрелка меньше шансов дожить до своего очередного выстрела, если ему противостоит снайпер противника.

Здесь цена первого промаха невероятно высока, и с этой точки зрения несомненное преимущество имеет первый стрелок, а формальный подсчет набранных очков является необходимым, но не решающим условием предпочтительности.

Аналогичным образом оценивается уровень достижений спортсменов-многоборцев как сумма набранных очков по разным видам спорта, причем достижения в сантиметрах, секундах и других единицах с помощью весовых коэффициентов приводятся к сопоставимому виду, после чего правомерна операция суммирования. Здесь аддитивная модель верна по сути, если достигнуто согласие по значениям весовых коэффициентов и доказано, например, что прибавить 2 сантиметра к 2 метрам при прыжках в высоту так же трудно, как убавить 15 секунд в беге на 3000 метров.

Характерный пример из медицины — оценка тяжести заболевания или отклонения от нормы. Если процесс развития болезни сопровождается последовательным появлением все новых и новых симптомов, но при этом симптомы слабых отклонений или ранних фаз развития заболевания сохраняются, то аддитивная модель способна фиксировать и дифференцировать степень отклонения от нормы. В этом случае процедура сложения вполне оправданна, хотя она в некоторой мере вступает в противоречие с идеей го-

могенности теста, которая в большей мере опирается на представление о взаимозаменяемости признаков, а значит, их равноценности. Если же в динамике заболевания происходит смена (замещение) одних симптомов на другие, то невзвешенные аддитивные показатели не способны отразить адекватно такой процесс и, следовательно, не являются эффективными.

Таким образом, можно заключить, что границы эффективного применения простых (без весовых коэффициентов) аддитивных моделей для тестирования качественных состояний испытуемых определяются адекватным отображением результатов расширяющихся процессов, когда переход из одного качественного состояния в другое сопровождается последовательным увеличением числа индикаторных свойств (признаков).

Если процесс развивается по схеме скользящего замещения индикаторных признаков, то необходимо либо введение корректирующих весовых коэффициентов, значения которых зависят от позиции в анкете, либо переход от аддитивной модели к аддитивно-мультипликативной.

Конкордантные и дискордантные коалиции признаков

Коалиционность, или ассоциативность, устанавливается корреляционным анализом признаков. Если между всеми признаками некоторой группы выявляются при многочисленных экспериментах сильные положительные, статистически значимые попарные корреляционные связи, то такая группа образует устойчивую конкордантную группу. Ассоциацию можно представить в виде полносвязного графа, если анализируется объединенная выборка, или в виде p-связного графа, если анализируются стратифицированные выборки. Аксиоматика и технология выделения ассоциирующих признаков изложены в методических рекомендациях Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева (под ред. Л. И. Вассермана) [2].

Все члены коалиции вносят однонаправленный вклад в решение теста и, таким образом, порождают тавтологический эффект. Устранить его можно двумя способами: либо заменить частную сумму баллов по группе ассоциирующих признаков среднегрупповым значением (которое к тому же обладает надежностью выше, нежели отдельные члены коалиции), либо заменить всю группу одним, представляющим признаком, таким, который максимизирует сумму значений парных коэффициентов корреляции с остальными членами ассоциации, являющимися избыточными по отношению к представляющему.

Если тест содержит устойчивые коалиции, охватывающие значительное количество признаков, и все они участвуют в выработке решения, то такой

тест подвержен влиянию тавтологического эффекта и сильно смещает вправо оценки целевой функции. Погрешность, возникающая за счет ассоциирующих признаков, носит систематический характер сдвига без деструктивных последствий.

Нередко при конструировании теста в него сознательно вводятся конкордантные коалиции, чтобы выявить и отбраковать недобросовестно заполненные анкеты по критерию рассогласования значений заведомо коррелирующих признаков. При этом избыточные признаки играют вспомогательную, контрольную роль.

Дискордантные группы признаков также устанавливаются корреляционным анализом. Это пары признаков с сильными, статистически значимыми отрицательными связями, устойчиво повторяющимися в данных обследований. Частные суммы баллов по этим парам признаков близки к константе и вносят практически постоянный вклад в целевую функцию, несмотря на индивидуальную изменчивость значений каждого из пары признаков. Признаки с сильными отрицательными связями, проявляя разнонаправленные тенденции, при суммировании компенсируют, гасят влияние друг друга и поэтому не обладают полезными классифицирующими свойствами. Более того, пары дискордантных признаков обусловливают такую избыточность теста, которая не поддается корректировке. Эти признаки либо необходимо исключить из анкеты, либо строить интегральную оценку целевой функции по иному принципу, поскольку они не вписываются в аддитивную модель решения теста.

Если тест содержит большое количество пар взаимно компенсирующих признаков, то все они не только не вносят полезного вклада в решение теста, но увеличивают информационный шум, создавая случайные, несистематические погрешности.

Вырожденность распределений

Иногда в анкете некоторые вопросы сформулированы таким образом, что почти однозначно предопределяют вероятный ответ. В одном из тестов, используемых при приеме на работу в органы внутренних дел, в частности, нам встретились такие вопросы: «Способны ли Вы предать друга?» и «Были ли у Вас черепно-мозговые травмы?» Среди более чем двух тысяч просмотренных именных анкет не нашлось ни одной, в которой содержались бы положительные ответы на эти вопросы. Здесь мы имеем дело с вырожденными распределениями, когда все или почти все наблюдения сосредоточены в одной градации признака, а это означает, что дисперсия таких признаков равна или близка к нулю.

Очевидно, что признаки с вырожденным распределением, как и дискордантные, не являются классифицирующими и порождают нефункциональную избыточность теста. Заметим, что речь идет не о тех признаках, которые специально ориентированы на выявление крайне редко встречающихся свойств и событий, поэтому по своей природе должны давать близкие к вырожденным распределения.

Признаки с вырожденными распределениями легко выявляются по данным наблюдений средствами дисперсионного анализа и (или) построением гистограмм распределения. Они привносят в результаты решения теста систематические ошибки сдвига. Наличие в тестах признаков с вырожденными распределениями свидетельствует о низкой валидности тестов.

Избыточность шкал признаков

Нередко тесты содержат многоградационные ранговые признаки для, казалось бы, детального отображения степени проявленности того или иного свойства. На деле надежда на получение точного результата за счет повышенной чувствительности шкалы измерения далеко не всегда оправдывается.

Для примера приведем некоторые результаты анализа личностно-ориентированных психологических анкет, полученных при тестировании однородной по возрасту, полу и профессии группы из 46 человек. Анкета включает, кроме прочих, 48 вопросов с 7 градационными шкалами, маркирующими постепенный переход от одного крайнего полюса к другому: ленивый — трудолюбивый, неряшливый — аккуратный и т. д.

В полной мере использовали семибалльную шкалу лишь 48% респондентов, 38% опрошенных подменили семибалльную шкалу пятибалльной, причем 36% проигнорировали первую и седьмую градации, а 2% — третью и пятую. 2% респондентов перешли на четырехбалльную шкалу, воспользовавшись 1, 2, 6 и 7-й градациями. 8% опрошенных ограничились трехбалльной шкалой, половина из них задействовала 3, 4 и 5-ю градации, а другая половина — 1, 4 и 7-ю градации. И наконец, 4% респондентов свернули шкалу измерения до двух градаций, воспользовавшись лишь 1 и 7-й.

Приведенные результаты анализа представлены в табл. 5.4.

Таким образом, больше половины респондентов оказались неспособными или не желающими различать множество полутонов, так как их «внутренние» шкалы были грубее, чем на то рассчитывали создатели теста. Применение чрезмерно растянутых шкал обусловливает несопоставимость результатов тестирования: в разных анкетах равные по объему понятия могут обозначаться разными кодами и наоборот, что неминуемо приводит к несистематическим, а значит, неустранимым погрешностям.

Таблица 5.4. Сводные данные об использовании ранговой шкалы теста респондентами

Количество использованных градаций		Номера исходных градаций шкалы							Процент респондентов	
		1	2	3	4	5	6	7		
7		+	+	+	+	+	+	+	48	
5	a	0	+	+	+	+	+	0	38	36
	b	+	+	0	+	0	+	+		2
4		+	+	0	0	0	+	+	2	
3	a	0	0	+	+	+	0	0	8	4
	b	+	0	0	+	0	0	+		4
2		+	0	0	0	0	0	+	4	

Примечание: + — использованные, 0 — неиспользованные градации.

Погрешности длинных анкет

Утомительность теста, обусловленная чрезмерно длинным вопросником и фактором снижения внимания и ответственности респондента при продвижении к концу анкеты, может быть источником погрешностей. Нами были проанализированы массивы данных тестирования по нескольким достаточно длинным анкетам (более 150 признаков). В эти анкеты были введены в начальную, промежуточную и конечную зоны заведомо конкордантные признаки, идентичные по смыслу, но лексически различающиеся. В 55% случаев наблюдалось рассогласование значений конкордантных признаков по мере продвижения к концу анкеты. Негативный результат утомительности теста проявился в зональности, или стратифицированности, анкеты по достоверности содержащихся в ней сведений: с некоторой точки отсчета на шкале длины анкеты возникал нарастающий тренд несистематических погрешностей, причем у разных респондентов эти точки отсчета не совпадали.

Психологические корни возникновения тренда погрешностей понятны: далеко не все респонденты рассматривают процесс тестирования с позиций собственной жизненной необходимости, а скорее как уступку тестирующему, некую личную жертву. Анализ данных длинных анкет показывает, что менее половины респондентов (из возрастной группы 25–30 лет) заполняют анкету, не снижая внимания.

В каждой анкете есть вопросы, которые можно распределить по степени сложности, т. е. требующие разной степени сосредоточенности респондента при формулировании ответов. Если вопросы с растянутыми шкалами и множеством полутонов, а также вопросы, требующие повышенного напряжения и внимания, сосредоточены в «хвостовой» зоне анкеты, то фактор утомляе-

мости, очевидно, будет работать на рост погрешности целевой функции. Такие тесты потенциально уязвимы по конструктивным причинам. Простые перестановки (трудные вопросы — в начало анкеты, простые — в конец) будут способствовать повышению качества результатов тестирования.

Если, однако, требуется оценить способность испытуемых к длительной сосредоточенной работе, целесообразно составлять длинные анкеты-опросники и включать в них заведомо конкордантные задания, рассосредоточив их по разным зонам опросника. В этом случае избыточность признаков используется по прямому назначению.

Заключительные положения

Проведенный анализ аддитивной модели формализованных тестов позволяет сделать следующие основные выводы.

1. Используемые шкалы представляют разные генерации аддитивных моделей, смена которых отражает поворотные моменты в многолетней истории совершенствования методов тестирования. Первая генерация — это шкалы бинарных признаков, которые постулируют равноинформативность признаков, несмотря на их очевидную содержательную неравноценность. Вторая генерация тестов опирается на более сильные шкалы ранговых признаков, дифференцирующих целевую функцию на нижнем уровне, однако механизм оценки индивидуальной информативности (балльности) признаков не формализован, а идентифицируется как механизм генерации субъективных оценок экспертного типа с размытыми границами. Третья генерация тестов использует современные математически обоснованные приемы количественной оценки индивидуальной информативности признаков и их градаций, исключающие субъективизм. В рамках моделей этих трех генераций итоговые оценки представляют собой механическую сумму одномерностей, не учитывающую влияния целевой зависимости признаков, структурной составляющей и погрешностей. Оптимизация индивидуальных признаков не в полной мере обеспечивает оптимизацию сумм баллов, поэтому решения тестов находятся в области квазиколичественных приближенных оценок.
2. Постулируемые представления о нормальном распределении сумм баллов и связанные с ними процедуры нормализации шкал нередко вступают в противоречие с фактическими данными, что свидетельствует о недостаточной устойчивости аддитивной модели и зависимости результатов тестирования от той выборки, которая лежит в основе конструкции теста.

3. Выявленная центростремительная тенденция, обусловленная собственным (теоретическим) распределением аддитивной модели, ограничивает ее корректное использование в тестах с ранговыми признаками и требует дисперсионной фильтрации данных для выявления анкет, не отвечающих условиям гомогенности теста и внутренне противоречивых.

Аддитивная модель по своей структуре и свойствам способна удовлетворительно решать поставленные задачи, однако ее существенные конструктивные недостатки и внутренние противоречия ограничивают резервы качественного роста, особенно в плане оптимизации информационно избыточных совокупностей одномерных данных.

Список литературы

1. Шкала для психологической экспресс-диагностики уровня невротизации (УН): Пособие для врачей и психологов / Под ред Л. И. Вассермана. СПб., 1999.
2. Шкала для психологической экспресс-диагностики уровня невротической астении (УНА): методические рекомендации / Под ред Л. И. Вассермана. СПб., 1999.
3. *Червинская К. Р., Щелкова О. Ю.* Медицинская психодиагностика и инженерия знаний. СПб.: М., 2002.
4. *Кульбак С.* Теория информации и статистика. М., 1967.
5. *Rulon P. J.* A simplified procedure for determining the reliability of a test of split-halves // Harvard Educational Review, 9, 1939.
6. *Cronbach L. J.* Coefficient alpha and the internal structure of tests // Psychometrika, 16, 1951.

Глава 6

Психологические факторы развития психосоматических заболеваний

Психосоматические расстройства как «болезни цивилизации»

В медицинской науке исторически сложилось и во многом сохраняется до настоящего времени положение, в рамках которого преимущественное внимание при изучении механизмов развития патологии человека уделяется биологическим (морфологическим, физиологическим, биохимическим, генетическим) факторам. Однако при этом в течение многих десятилетий исследователи, изучающие механизмы возникновения, развития, исходов и принципов лечения патологических процессов и заболеваний человека, ориентируются на создание своеобразной «конституции» медицины, междисциплинарной системы, в которой органично объединились бы знания, полученные в результате не только морфологических, физиологических, клинических, но также психологических и социальных исследований.

Большое внимание к общебиологическим аспектам патологии, сыгравшее огромную роль в развитии медицины, в течение длительного времени неизбежно шло в ущерб изучению собственно «человеческой специфики» этих расстройств. Поэтому доминирующий до настоящего времени интерес к общебиологическим закономерностям развития болезней человека должен сопровождаться вниманием к психосоматическим механизмам патогенеза многих заболеваний, нередко свойственных только человеку или развивающихся у него на основе активного влияния факторов психической и социальной природы. Эти варианты патологии все чаще называют «болезнями цивилизации», поскольку они получили наиболее широкое, практически эпидемическое распространение в течение последнего столетия. Среди них ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, сахарный диабет, язвенная болезнь, ревматоидный артрит и др. Например, рост заболе-

ваемости сахарным диабетом составляет 5–6% в год, что, учитывая тяжелые осложнения, делает его одной из самых сложных проблем как в медицинском, так и в социальном отношении. Именно за последнее столетие наметилась отчетливая тенденция к замене доминировавших ранее соматических заболеваний, например, инфекционных, на относительно новые, ранее гораздо менее распространенные варианты патологии, связанные с экологией человека, его личностными особенностями, образом жизни, положением в социальной среде. Многие из таких вариантов патологии человека нехарактерны для животных, что наглядно демонстрирует ограниченность общебиологических подходов при анализе специфики многих распространенных болезней современного человека. Однако многие врачи до настоящего времени лечат психосоматические заболевания как чисто соматические, нередко недооценивая или вовсе игнорируя психологические факторы возникновения и течения этих расстройств.

В основе патологических расстройств и заболеваний «собственно человека» лежат дезадаптивные изменения в психической (прежде всего — личностной) сфере и, соответственно, психосоматические соотношения, сформировавшиеся исключительно у человека и отсутствующие у животных. Поэтому эта группа патологических процессов человека характеризуется высокой степенью индивидуальности в проявлениях, вариабельностью механизмов развития и взаимосвязей морфологических и функциональных изменений. Все это, соответственно, обусловливает и высокое разнообразие клинических проявлений и трудности терапии психосоматических заболеваний стандартными схемами. В патогенезе психосоматических расстройств происходит «размывание» общепринятой ранее в медицине связи «конкретная причина — специфический патогенез — стереотипная клиническая картина — нозологическая форма — стереотипное лечение». В этой группе наблюдается большое разнообразие вариантов патологических расстройств в каждом конкретном случае психосоматического заболевания, что существенно повышает актуальность принципа «лечить не болезнь, а больного», отвечающего пониманию тесной взаимосвязи психических, социальных и соматических факторов.

Необходимость такого целостного понимания патологии человека вместе с тем ставит психосоматический подход в особое положение по отношению к психогенному фактору. Несмотря на его высокую значимость, в подавляющем большинстве случаев он в изолированном виде, без соответствующей соматической «почвы» (генетической предрасположенности, дефектности соответствующего органа или висцеральной системы и др.) не может вызвать психосоматического заболевания. Это в определенной мере объясняет тот установленный многими исследователями факт, что при неврозах, которые также рассматриваются как расстройства психогенные, психосоматические заболевания отмечены не только не чаще, но даже реже, чем в среднем

в популяции. Ю. М. Губачевым [1] убедительно показано, что невроз и невротические расстройства не определяются в преморбиде большей части соматических заболеваний и не являются облигатными участниками их пролога.

Взаимосвязи психического и соматического

Идея интегративного, холистического понимания различных процессов в человеке имеет очень давнюю историю. Еще Платон считал «величайшей ошибкой в лечении болезней то, что есть врачи для тела и врачи для души. От них ускользают столь многие болезни. Они никогда не видят целого. К целостности должны они обратить свои заботы, ибо там, где целое чувствует себя плохо, часть его не может быть здоровой».

Термин *психосоматика* предложил немецкий психиатр Я. Хайнрот (J. Heinroth) в 1818 г., описывая психогенный вклад в развитие многих соматических заболеваний. В 1822 г. М. Якоби (M. Jacobi), сохраняя этот холистический подход, ввел термин *соматопсихика*, подчеркивая доминирование телесного в его взаимоотношениях с расстройствами в психической сфере и в возникновении заболеваний человека. Если вначале психосоматика развивалась за счет «линейных» психофизиологических моделей, то за прошедшее с тех пор время теория и практика психосоматики обогатилась многими «системными» моделями: «истерической конверсии» З. Фрейда, «личностных профилей» Ф. Данбар, «специфичности интрапсихического конфликта» Ф. Александера и др.

Одним из ключевых положений психосоматической теории является представление о том, что человек постоянно включен в сложные динамические социальные системы, являясь их важнейшим элементом. При этом и он сам является многоуровневой психофизиологической системой. Основная характеристика таких систем — их сложное строение, вследствие чего в них часто невозможно вносить изолированное, локальное изменение. Различные трансформации в них происходят не по цепочке «причина — прямое следствие», а по сетевому принципу, включающему в себя непосредственный результат социально-психологической дезадаптации и ее отдаленные последствия. В таких системах модификация одного компонента системы активно влияет на многие другие элементы.

Психосоматические расстройства — это часто ситуации относительной этиологической и клинической неопределенности, развивающиеся по экспоненциальным принципам (самоускорения), когда первоначальный сдвиг может быть вызван даже неспецифическими или незначительными по силе факторами, к которым можно отнести многие факторы социально-психологического характера. При этом они могут повлечь за собой лавинообразное

изменение в функционировании определенной висцеральной системы по принципу «каскада». В качестве примера можно привести развитие гиперфибриногенемии (повышенного содержания фибриногена в крови), являющейся одним из важных факторов патогенеза сердечно-сосудистых и других соматических заболеваний. Синтез фибриногена происходит в паренхиме печени под стимулирующим воздействием АКТГ, секретируемого гипофизом. Поскольку, таким образом, его содержание в крови зависит от состояния стресс-реализующей гормональной системы гипофиз—надпочечники, то колебания уровня фибриногена в сторону его повышения могут быть обусловлены психоэмоциональными факторами. Хронический эмоциональный стресс может приводить к устойчивой гиперфибриногенемии. Каскадность заключается в лавинообразном усилении слабого начального стимула до уровня выраженной конечной реакции, что наблюдается при превращении фибриногена в фибрин, тромбирующий кровеносный сосуд.

Одним из важных аспектов в значении психологических факторов в развитии и течении психосоматических заболеваний является наличие механизма *психосоматического антагонизма* («балансирования» интенсивности психического и соматического). Его реализация может определяться при самых различных соматических расстройствах. Это отмечал еще К. Юнг, который наблюдал у своих пациентов с психозами ослабление или исчезновение психотической симптоматики, когда у них развивалась соматическая патология. Показана устойчивость больных шизофренией и маниакально-депрессивным психом к онкологическим заболеваниям. При этом отмечено, что опухоли регрессируют, когда усиливается психотический процесс. Со времени опубликования Х. Клауде (H. Claude) в 1930 г. клинического наблюдения практически полных выздоровлений больного шизофренией в периоды обострения у него туберкулезного лимфаденита, многочисленные исследования подтвердили реальность психосоматического антагонизма в течении различных соматических заболеваний. У больных с биполярными аффективными расстройствами в гипоманиакальных состояниях наблюдается повышенная устойчивость к инфекционным заболеваниям, в частности, к вирусным инфекциям, хотя в это время такие пациенты существенно снижают внимание к своему здоровью. В такие периоды могут наступать ремиссии в течении хронических обменных и воспалительных заболеваний (артритов, отитов, пульпитов, фурункулеза и др.).

Вместе с тем, отмечено наличие и такого варианта взаимосвязи психического и соматического, как их *синергизм*. Особенностью психологического компонента психосоматического синергизма во многих случаях является определенный уровень субдепрессивного состояния, в структуре которого особую значимость приобретают функциональные сомато-вегетативные расстройства. Это явление часто либо вообще просматривается врачами соматических специальностей, либо интерпретируется как чисто соматическая па-

тология. При этом нередко игнорируется либо недооценивается атипичный характер как аффективных нарушений, так и соматической клинической картины, что во многих случаях не позволяет своевременно начать адекватную терапию таких состояний.

Вопрос о роли, которую играют психологические факторы в патогенезе психосоматических расстройств, является одним из центральных по своему значению и одновременно, во многих случаях, одним из самых сложных для решения. Вместе с тем, острое развитие тяжелого соматического заболевания, которое нередко может стать даже причиной смерти больного вслед за тяжелым эмоциональным стрессом, ярко отражает принципиальную возможность патогенной взаимосвязи психических и соматических факторов, в частности, если для этого существует исходная «почва» — дефектное состояние соответствующего внутреннего органа — «мишени». В литературе описаны многочисленные примеры психогенного, в частности эмоциогенного, развития тяжелой соматической патологии. Приведем (с некоторыми сокращениями) клиническое наблюдение, описанное Ю. М. Губачевым и соавторами (1993).

Больная 62 лет наблюдалась в кардиологическом отделении одной из городских больниц Санкт-Петербурга. В течение жизни работала поваром, была активным, деятельным человеком, по ее собственному представлению, не знавшим усталости. Работу она начала в 12 лет и с тех пор не могла вспомнить, была ли она когда-нибудь в отпуске. До войны вышла замуж и родила двух дочерей. Муж погиб на фронте и с тех пор она воспитывала детей одна, прилагая большие усилия, чтобы обеспечить их всем необходимым и дать им образование. Отношения с дочерьми и их семьями всегда считала хорошими и теплыми. Активно помогала детям и внукам.

За полгода до смерти у больной на почве глаукомы начало быстро ухудшаться зрение — и через 4 месяца наступила слепота. На этом фоне появились первые приступы стенокардии. Перед госпитализацией в больницу простилась со всеми родственниками и объявила, что ее ожидает скорая смерть. В больнице при осмотре было отмечено, что больная спокойна, контактна, приветлива, доброжелательна. Обстоятельно объяснила, почему ей необходимо умереть, — «чтобы не быть никому в тягость», тем более, что самой помогать близким, в чем она видела свою основную жизненную задачу, она уже была не в состоянии. Больная считала, что скоро умрет, что совершенно не соответствовало ее соматическому состоянию, которое при объективном клиническом и инструментальном обследовании было оценено как удовлетворительное.

Было назначено соответствующее лечение, направленное на купирование стенокардии и улучшение коронарного кровообращения, дополненное седативными средствами. Несмотря на это, приступы стенокардии усилились, нарастала тахикардия, появились признаки сердечной недостаточно-

сти. От приема препаратов внутрь больная постепенно отказалась, и все лечение проводилось только в инъекционной форме. Постепенно стала потреблять все меньше пищи и ограничивать контакты с окружающими людьми, оживляясь только при встрече с родственниками. В беседах с лечащим врачом считала, что умереть ей просто необходимо. Через 20 дней после госпитализации ночью была зафиксирована внезапная смерть.

При вскрытии — умеренная степень выраженности атеросклероза аорты, коронарных и мозговых сосудов, диффузный кардиосклероз, сердце — без признаков острых очаговых изменений. Поскольку смерть была внезапной и развилась на фоне высказываний о желательности смерти, что могло свидетельствовать о возможности суицида, проведено судебно-медицинское исследование. Признаков токсических веществ в организме больной не выявлено.

Смерть больной расценена как связанная с ишемической болезнью сердца, у которой была определенная морфологическая почва, но темп нарастания коронарной патологии и характер смерти больной позволяют считать их психогенно (в частности, эмоциогенно) обусловленными.

Еще одним вариантом взаимосвязи психического и соматического является описанный нами [2] *феномен психосоматической сенсибилизации*. Его основная черта — возрастание «вклада» психологического фактора (тревоги, депрессии, алекситимии и др.) в развитие соматических расстройств по мере нарастания дефектности определенной внутренней системы при одновременном снижении выраженности этого психологического фактора. Наличие этого феномена показано при развитии сердечно-сосудистых заболеваний.

Стресс в развитии психосоматической патологии

Слово «стресс» (производное от латинского «*stringere*» — натягивать, стеснять, напрягать) впервые ввел в употребление в 1303 г. английский поэт Роберт Мэннинг. Он описал этим термином переживания героев известного библейского сюжета, скитавшихся по пустыне в течение многих лет и переживавших при этом различные опасности, бедствия, трудности и лишения («И эта мука была манной небесной, которую Господь послал людям, пребывавшим в пустыне сорок лет и находившимся в большом *стрессе*»). В течение долгого времени под стрессом понимали воздействие на человека экстремально тяжелых и обязательно негативных факторов внешней среды. В настоящее время он понимается как реакция, как процесс постоянного взаимодействия индивида с окружающей средой. Понятие стресса в медицину ввел Ганс Селье. Он опубликовал в 1936 г. статью «Синдром, вызывае-

мый разными повреждающими агентами» и сформировал в более поздних работах представление об общем адаптационном синдроме или «общей неспецифической нейрогормональной реакции организма на любое предъявленное ему требование».

Согласно современным представлениям, стресс является защитной адаптивной реакцией, мобилизующей организм на преодоление разнообразных, прежде всего фрустрирующих человека ситуаций, в которых он ограничен в удовлетворении важных биологических и социальных потребностей. «Репертуар» психологических реакций человека в ответ на воздействие стрессирующего фактора может включать либо избегание, либо (если это невозможно) приспособление (адаптацию) к новым требованиям среды. При первичном воздействии стрессора возникает стресс-реакция, которая часто бывает неадаптивной, не обеспечивающей организму эффективного и устойчивого приспособления к среде. Устойчивая адаптация, характеризующаяся высокой резистентностью к различным стрессам, формируется лишь в результате неоднократной «встречи» организма с такими факторами. Поэтому адаптивный эффект стресс-реакции состоит в мобилизации и перераспределении функциональных ресурсов организма, в частности, мобилизации кровообращения и дыхания, стимуляции секреции различных гормонов, процессов обмена и других соматических реакций.

С другой стороны, в условиях как острых и тяжелых, так и умеренных по интенсивности, но длительно текущих конфликтных ситуаций у людей, обладающих генетически предопределенной либо приобретенной в процессе жизни дефектностью стресс-реализующих систем, а также определенной личностной структурой и поэтому предрасположенных к развитию неадаптивных вариантов стресса, он превращается в свою противоположность. В таких случаях стресс становится патогенным фактором развития психофизиологических и соматических расстройств, поскольку все ведущие адаптивные эффекты стресс-реакции могут при их избыточно высокой интенсивности, затягивании во времени или дефиците индивидуальных ресурсов защиты трансформироваться в повреждающие. При этом происходит избирательное нарушение механизмов саморегуляции отдельных, по разным причинам наиболее ослабленных и, соответственно, наиболее уязвимых функциональных систем организма. Поэтому в развитии стресса, кроме общих неспецифических механизмов, лежат и специфические гормональные, метаболические, гемодинамические и другие механизмы соматического реагирования. Понимание этих механизмов позволяет не только прогнозировать степень устойчивости к стрессу, но и формировать пути ее коррекции. Эффективность адаптивной реакции на стресс и, соответственно, вероятность возникновения патогенетически связанных с ним различных соматических расстройств, связана, помимо интенсивности и длительности действия самого стрессирующего фактора, еще и с особенностями реагирующего на него

человека. Эти характеристики могут быть обусловлены генетически и могут меняться в процессе индивидуального развития. Величина и связанная с ней патогенность стрессорной реакции характеризуются такими важными показателями, как:

- чувствительность — минимальной силой раздражителя, вызывающей психическую и соматическую реакцию (порогом реакции);
- реактивность — степенью изменения определенных физиологических параметров после воздействия;
- скорости развития и угасания стресса. В ряде экспериментов показано, что время угасания физиологических реакций на стресс может не зависеть от длительности (скорости) нарастания этих реакций, так же, как и от других параметров стресса — чувствительности и реактивности. Это положение приобретает большое значение для понимания роли психогенного (в значительной степени — стрессогенного) фактора в патогенезе многих соматических заболеваний.

Все указанные характеристики стресса могут не зависеть друг от друга. Таким образом, следует иметь в виду, что «устойчивость к стрессу» или «чувствительность к нему» может определяться различными параметрами стресса и, соответственно, разными подходами к его коррекции.

Сейчас в понятие «стресс» все активнее включают не столько само по себе внешнее воздействие на человека, сколько его восприятие происходящего, его отношение к ситуации, его субъективное восприятие и когнитивная оценка. Ричард Лазарус [3] определяет стресс как реакцию на особенности взаимодействия между личностью и социальной средой. Этот процесс в очень большой степени является продуктом когнитивных характеристик человека, его образа мыслей, включающих нередко иррациональные идеи и установки, оценку ситуации и собственных возможностей и ресурсов по адаптации в стрессовой ситуации. Такая когнитивная оценка является основным регулирующим фактором реакции человека на стресс, являясь при этом и важнейшим медиатором психологических и физиологических процессов. Главным фактором, который должен присутствовать, чтобы реакция организма рассматривалась как стрессорная, является новизна или неожиданность ситуации, неготовность к ней. Психологическое значение предсказуемости ситуаций, которых человек старается избежать, связано с субъективным представлением об их контролируемости и управляемости. В этом заложен адаптивный биологический смысл, поскольку при более точных представлениях об окружающей реальности возможностей для выживания в ней больше, нередко вне зависимости от объективной контролируемости или тяжести ситуации.

Эффективность преодоления стрессирующей ситуации зависит не только от ее особенностей или личностных характеристик, но и от того, каковы

критерии ее успешного преодоления и, соответственно, какова модель практического совладания с фрустрацией у данного человека: снижение тревоги и чувство психического комфорта, достижение социально значимой и одобряемой цели или сохранение здоровья. Поэтому преодоление стресса, успешное с точки зрения социального положения человека (например, достижение престижного статуса в социуме), может оказаться неуспешным с точки зрения адаптации в соматической сфере.

Личностные профили и их психосоматическое значение

Исследуя и анализируя значение различных психологических факторов в развитии психосоматических заболеваний, многие авторы отмечают центральную роль личности в этих процессах. В результате этих исследований неоднократно предпринимались попытки описания определенных «личностных профилей» при различных психосоматических расстройствах, к которым относили как преморбидные личностные характеристики, предрасполагающие к определенным соматическим заболеваниям, так и психические реакции и состояния, связанные с уже сформировавшимся заболеванием. В частности, внутреннюю картину болезни, механизмы психологической защиты и совладания с болезнью, нозогенные депрессии и др. В значительной мере идея личностных профилей связана с работами Ф. Данбар.

Представления о психических факторах сердечно-сосудистых заболеваний нашли отражение в ставшем классическим и в настоящее время общеизвестном описании американских кардиологов Р. Розенмана и М. Фридмана [4] поведенческого стереотипа, обозначенного ими как тип А, с агрессивной вовлеченностью в непрерывную борьбу за достижение все большего результата за все меньшее время даже вопреки сопротивлению и при постоянной готовности к конкуренции. Этот психологический тип определяется характерным набором доминирующих мотиваций и стилем их достижения, которые наиболее отчетливо проявляются в стрессовых ситуациях, поэтому этот поведенческий стиль достаточно ярко характеризуют три «А»: агрессивность, амбициозность, активность. Поведенческий тип В характеризуется противоположными качествами. Очевидно, что люди с чертами психологических типов А и В демонстрируют полярные стили стрессовых реакций. Эта разница не ограничивается просто различиями в поведении при стрессе — активным стремлением изменения ситуации или даже всей социальной среды при типе А и попытками пассивного приспособления к изменениям среды при типе В. Различия между этими типами касаются и широкого круга физиологических реакций, например они неизбежно охватывают нейро-

эндокринные процессы. У людей с поведенческим типом А преобладает секреторная активность мозгового слоя надпочечников (как отражение хронически повышенного «предстартового» напряжения), при типе В — коркового. Соответственно, основным гормоном, реализующим стресс-адаптивное поведение при типе А, является адреналин (еще одно «А»), при типе В — кортизол. Эти различия в организации эндокринного компонента во всем спектре физиологических реакций при адаптации тесно взаимосвязаны с различиями в поведенческих стилях и, в свою очередь, тесно связаны с риском развития широкого круга сердечно-сосудистых расстройств, в патогенезе которых активную роль играет симпатическая гиперактивация. В экспериментальных работах отмечено также, что у животных, проявляющих черты этих двух различных психологических типов, наблюдаются различия в функционировании репродуктивной системы. У животных, относящихся к типу В, высокое содержание прогестерона обеспечивает стабильное течение беременности, а у животных типа А из-за низкого содержания прогестерона беременность может прерваться в ситуации даже незначительного внешнего воздействия, например, вследствие провоцирования конфликта. С различным уровнем прогестерона может быть связан и разный уровень тревожности у животных двух типов.

Принадлежность к психологическому типу А или В — признак с высокой степенью наследуемости. Это установлено, в частности, работами С. Н. Давыденкова, который показал, что черты психологического типа В наследуются по доминантному типу. Поскольку по доминантному типу наследуются, как правило, те психологические признаки и связанные с ними физиологические механизмы, которые повышают адаптивные возможности организма, то это объясняет, почему в человеческой популяции в целом преобладают люди с врожденной склонностью к пассивным реакциям при неблагоприятных изменениях условий существования. С точки зрения эволюции человека поведенческая стратегия, свойственная типу В, обладает более высокой адаптационной ценностью. Многие установки, свойственные типу А (например, на достижение лидерства и доминирования), биологически часто неоправданны.

Вопреки доминирующим в социуме представлениям, поведение типа В может быть оптимальной стратегией в условиях хронического стресса, особенно в субъективно неконтролируемых условиях, когда задачей является не достижение определенного социально значимого результата, а индивидуальная физиологическая адаптация и выживание. В тех стрессовых ситуациях, когда они воспринимаются как недоступные контролю и активному преодолению, только при типе А формируются депрессивные состояния и нарушается торможение гипофиз-адреналовой системы по механизму отрицательной обратной связи. Механизм обратной связи — это единственный

инструмент, с помощью которого происходит снижение выраженности нейроэндокринного и, соответственно, тесно связанного с ним метаболического и гемодинамического эффектов стресса. При ослабленной чувствительности к сигналам обратной связи даже малоинтенсивные психогенные стимулы будут поддерживать состояние эмоционального напряжения в условиях психологического типа А, что впоследствии начнет негативно сказываться на функционировании висцеральных систем, ответственных за адаптацию, прежде всего — сердечно-сосудистой системы. Это подтверждается результатами дексаметазонового теста, которые свидетельствуют не только о нарушении способности к торможению стрессорной реакции при типе А, но и помогают лучше понять механизм формирования депрессии в этих случаях. Учитывая активную роль, которую играют депрессии в развитии сердечно-сосудистых заболеваний, все это имеет важное клиническое и прогностическое значение.

Многократные попытки определить ключевые элементы поведения типа А привели к описанию враждебности как личностной черты в качестве основного из них. При этом в ряде работ получены данные, подтверждающие связь враждебности с риском развития или тяжестью течения уже развившихся ИБС и других сердечно-сосудистых заболеваний. Хотя сами Розенман и Фридман использовали термин «поведенческий тип», в дальнейшем его стали описывать как комплекс личностных характеристик, проявляющихся при воздействии на человека эмоционально значимых нагрузок, и как стиль реагирования на меняющиеся требования стрессорных ситуаций.

Описанный поведенческий стереотип сопряжен с увеличением числа фрустрирующих событий, нарастанием эмоционального напряжения, а на физиологическом уровне — с хронической симпатико-адреналовой активацией и вытекающими из нее последствиями для сердечно-сосудистой системы вообще и коронарной недостаточности, в частности. Симпатико-адреналовая активация при ИБС еще больше возрастает в связи с тем, что адекватное отреагирование эмоций затрудняется высоким уровнем контроля поведения. Возрастающая тревога первоначально относится на счет неопределенного исхода деятельности и напряженных межличностных отношений, но проявление приступов стенокардии (или перенесенный инфаркт миокарда) сопровождается соматизацией тревоги, которая обеспечивает социально приемлемый выход из конкурентной борьбы или иной деятельности, вызывающей эмоциональное напряжение.

Вопрос о наиболее патогенных характеристиках поведенческого типа А и его роли в целом в развитии ИБС, несмотря на многолетнюю историю его изучения, остается все еще открытым.

Рядом исследований показано, что у лиц с определенными личностными характеристиками существенно возрастает риск заболевания раком. В 80-х гг.

XX в. итальянский психонейроэндокринолог М. Бионди (M. Biondi) [5] сформулировал гипотезу о личностном типе C (от «cancer») как факторе риска развития онкологических заболеваний. В качестве характеристик этого личностного типа были отмечены:

- высокая, достигающая экстремальной степени, выраженность стремления соблюдать в поведении социальные нормы и правила (конвенциональное поведение);
- использование неадаптивных (дисфункциональных) стратегий совладания в стрессовых ситуациях;
- снижение способности к адекватному выражению переживаемых негативных эмоций, прежде всего — гнева и раздражения;
- постоянный поиск согласия и поддержки от окружающих, страх социального отвержения или неодобрения.

Достаточно часто такие психологические черты наблюдаются у больных онкологическими заболеваниями, которые перед их манифестацией перенесли тяжелые жизненные потери, оказавшие существенное влияние на состояние их иммунитета, в частности, на снижение количества Т-лимфоцитов. Дисфункциональные поведенческие и другие копинг-механизмы, превращаясь у этих больных в привычную стратегию реагирования на острые и хронические жизненные стрессы, становятся самостоятельным фактором риска онкологических заболеваний, тесно ассоциируясь с другими факторами риска, в частности, с курением. Такой личностный «профиль» оказывает неблагоприятное влияние также на течение и прогноз онкологической патологии. Отражением «вклада» психологических факторов в патогенез рака являются данные о том, что психологическая коррекция, в частности, когнитивно-поведенческая психотерапия, направленная на снижение интенсивности переживаний вины и беспомощности, формирование активного совладающего с болезнью стиля поведения позволяет улучшить прогноз заболевания, повысить качество жизни больных.

Анализируя роль стресса в развитии психосоматической патологии, следует отметить, что параллельно с возрастанием критического отношения к теории личностных профилей в целом и, в частности, со снижением внимания к роли психологического типа А в патогенезе сердечно-сосудистых заболеваний, в последние годы Ж. Денолле (J. Denollet) и С. Педерсен (S. Pedersen) [6] предложили описание личностного типа D («distressed»), основной характеристикой которого считают сочетание повышенного уровня негативных эмоций с интенсивной тенденцией подавлять их в социальных контактах. Другие психологические характеристики, в частности, тревога, депрессия и гнев, не являются ведущими элементами этого личностного «профиля». Вероятность наличия черт этого психологического типа у женщин выше, чем у мужчин.

Личностный тип D рассматривается как относительно устойчивая психологическая характеристика. Его черты включаются в круг важных и независимых факторов риска осложнений сердечно-сосудистых заболеваний. По данным авторов, личностный тип D связан, независимо от других факторов, со снижением фракции выброса левого желудочка при развитии хронической сердечной недостаточности. Так, при наблюдении на протяжении 6–10 лет больных после перенесенного инфаркта миокарда отмечено, что у пациентов с личностными чертами типа D и склонностью подавлять выражение негативных эмоций частота повторных коронарных катастроф, включая случаи внезапной смерти, была значимо выше, чем у больных ИБС без этих личностных черт. Наличие у человека черт этого типа интенсивно влияет на развитие стенокардии напряжения и осложнений у пациентов с декомпенсированной ИБС в ближайшем периоде после коронарного стентирования.

Среди психологических характеристик, которые разные исследователи включают в структуру «психосоматической личности», можно отметить также инфантилизм, пассивность, зависимость, эгоцентризм, высокий контроль эмоциональных реакций, аффективную ригидность, повышенную социальную нормативность, перфекционизм, сочетающийся с высоким уровнем притязаний, и другие свойства, формирующие дисгармоничную личностную структуру. Это снижает пороги реагирования на различные фрустрирующие человека ситуации и процессы, что часто начинает сочетаться со снижением «психосоматического иммунитета». Вместе с тем рядом исследований убедительно показано, что выделить изолированные психологические радикалы, специфичные для каждого отдельного психосоматического заболевания, принципиально невозможно, иначе трудно понять, почему при идентичных личностных особенностях у разных людей возникают разные соматические расстройства. Ответом должно быть то, что они не являются в чистом виде психогенными, как неврозы, а возникают на почве генетических и конституциональных предпосылок, дефектов в соответствующем органе — «мишени», формирующих его повышенную уязвимость, и других факторов.

Психосоматическое значение психологических характеристик

Тревога

Поскольку стресс связан с переживанием потенциальной угрозы, центральным и облигатным элементом стресса является тревога. Она переживается как ощущение неясной, неопределенной угрозы, беспокойства, волнения, эмоционального напряжения. Это закономерная психическая

и физиологическая реакция на неизвестный, неопределенный стимул внешней среды. В своей основе тревога носит адаптивный характер, она необходима для выживания, поэтому аффект тревоги рассматривают как один из наиболее универсальных и базовых способов реагирования человека на развивающуюся у него фрустрацию. С. Кьеркегор говорил, что «познание тревоги — приключение, которое должен испытать каждый человек, чтобы не погибнуть. Тот, кто научился тревожиться надлежащим образом, научился самому главному в жизни». Однако во многих случаях тревога становится одним из важных звеньев патогенеза соматических расстройств, поскольку утратила свою первоначальную адаптивную целесообразность. Например, отмечены активные взаимоотношения между интенсивностью соматизации тревоги и уровнем повышения артериального давления, что наблюдается уже на стадии транзиторной гипертензии и сохраняется при ее стабилизации. Тревога относится к наиболее значимым эмоциональным состояниям, приводящим к развитию вазоспастических реакций при стенокардии, которые отмечаются у $^1/_3$ больных типичной стенокардией. Показано активное включение тревоги в патогенез и других психосоматических заболеваний (язвенной болезни, бронхиальной астмы, ревматоидного артрита и др.). Это послужило основанием для аргументации правомочности термина «психосоматическая тревога». Вместе с тем, анализируя психогенные механизмы развития тревожных состояний и реакций, реализующихся во многих случаях за счет вегетативных и соматических реакций, нельзя не отметить и наличие наследственной предрасположенности к высокому уровню тревожности.

Пессимизм/оптимизм и когнитивные стили

Когнитивная переработка стрессирующей ситуации, как одно из ключевых звеньев в структуре адаптации к стрессу, нередко создает пессимистический объяснительный стиль, который существенно снижает устойчивость к стрессу. Объяснительный стиль — это индивидуальная особенность человека, влияющая на его отношение к различным событиям в его жизни, прежде всего стрессирующим. Роль пессимизма как «предвестника» повышенной смертности от физических расстройств подтверждается рядом исследований. Установлено, что среди больных, у которых по данным психологической диагностики определялся пессимизм, смертность выше, чем у оптимистов. Отмечено негативное влияние пессимистического объяснительного стиля на уровень иммуноглобулина А в организме человека, что позволяет рассматривать пессимизм как один из психологических факторов развития иммунодефицитных состояний.

Показано, что оптимистично настроенные пациенты с хроническим обструктивным заболеванием легких в процессе многолетнего наблюдения и неоднократных исследований функции внешнего дыхания демонстрируют

существенно более благоприятные показатели, в частности объем форсированного выдоха за одну минуту и жизненную емкость легких. При этом такая связь была независимой от курения. Отмечается связь оптимистической жизненной установки и со снижением риска атеросклероза периферических сосудов. Результаты динамического наблюдения показали, что выраженность пессимизма коррелирует с интенсивностью атеросклеротического поражения сонных артерий. Для оптимистичных участников этого обследования была отмечена обратная зависимость. Установка, которую можно условно выразить фразой «Лучше считать, что стакан наполовину полон, чем наполовину пуст», может рассматриваться как защитный фактор в развитии ишемической болезни сердца. Установлено также активное влияние этого психологического фактора на комплайенс (приверженность) пациентов к проводимой лекарственной терапии, что может играть важную роль в эффективности лечения хронических соматических заболеваний.

Характер объяснительных стилей, поддерживающий уровень хронического эмоционального напряжения, отражает относительно устойчивую личностную направленность. Поэтому когнитивные стили человека, переживающего стресс, вне зависимости от его реальной тяжести, могут в определенной степени служить прогностическим показателем склонности человека к развитию психофизиологических и соматических расстройств. В качестве иллюстрации этой связи можно отметить хорошо известный факт активной секреции кортикостероидных гормонов в условиях стресса. Помимо стимуляции широкого спектра физиологических реакций, эти гормоны, проникая через гемато-энцефалический барьер, начинают действовать на корково-подкорковые структуры головного мозга. При этом период полураспада этих гормонов может достигать нескольких дней, поэтому может сохраняться их высокая концентрация и длительное циркулирование в крови в условиях поддерживающегося эмоционального напряжения, связанного с неадаптивными когнитивными стилями и другими личностными особенностями. Физиологические реакции при эмоционально негативных или позитивных состояниях человека принципиально не различаются. Важным в регуляции стрессовых реакций является отсутствие гормонов, которые тормозят стресс, поэтому многие заболевания, в патогенезе которых стресс играет существенную роль, развиваются в результате того, что на физиологическом (соматическом) уровне стрессовые реакции продолжают развиваться даже после исчезновения стимула стресса. Это нередко является прямой причиной многих психосоматических заболеваний. Важно также и то, что кортикостероиды относятся к тем гормонам стресса, которые имеют прямой доступ к геному нейронов, и поэтому они могут создавать условия для хронизации стресса на физиологическом уровне даже после окончания явного действия стрессоров.

Депрессия

За последние 50 лет отмечается резкий рост заболеваемости депрессией в мире, главным образом за счет ее непсихотических форм. При этом она дает показатели нетрудоспособности, более чем в 2 раза превышающие такие распространенные причины инвалидизации, как анемии, заболевания суставов или хроническая обструктивная болезнь легких. Депрессии повышают риск развития инсульта при артериальной гипертензии, острого инфаркта миокарда при ишемической болезни сердца. Прогностически при депрессии частота внезапных сердечных смертей в несколько раз выше, чем при ее отсутствии. Рядом исследований показано, что депрессия сопутствует сахарному диабету, заболеваниям желудочно-кишечного тракта, бронхиальной астме в 40–70% случаев. При этом следует отметить, что депрессия является не только следствием переживаемого соматического заболевания, но и важным звеном патогенеза соматических заболеваний за счет активации симпатико-адреналовой системы. А это, в свою очередь, влечет за собой расстройства кровообращения и сердечного ритма, нарушения свертываемости крови, метаболизма углеводов и липидов, стимулирует хронические болевые синдромы и многие другие расстройства.

В эпидемиологических исследованиях депрессивные состояния часто сравнивают с айсбергом. Его вершину образуют клинически выраженные формы, лечение которых проводится психиатрами. Однако большинство депрессий находятся в более глубоких, скрытых зонах «айсберга». Это стертые, атипичные, соматизированные расстройства. Их частота превышает частоту типичных депрессий во всех возрастах, особенно в средней возрастной группе, в 10–20 раз. По поводу них пациенты очень часто обращаются в общесоматическую сеть. До 40% больных депрессиями получают соответствующее лечение только в ней. Поэтому депрессии в настоящее время рассматриваются как одна из важнейших проблем не только в психиатрии, но и в широкой врачебной практике.

Внимание многих исследователей привлекают взаимосвязи психологических факторов и онкологических заболеваний, в частности, связи депрессии и рака. В 1959 г. Р. Гуи (R. Guy) указывал, что рак молочной железы чаще встречается у женщин с истерическими и невротическими чертами характера, но особенно часто — у женщин меланхоличных. Рядом авторов даже отмечалась возможность определенного патогенетического родства депрессивных расстройств и онкологических заболеваний. Впоследствии разными исследователями показана связь социальных и психологических факторов, прежде всего депрессии, в развитии злокачественных опухолей, которые реализуют механизм «пассивного самоубийства». В 1981 г. Р. Хекеле (R. Shekele) обследовал с помощью MMPI свыше 2 тыс. мужчин. При их повторном обследовании через 17 лет была установлена достоверная связь смертности от

рака различной локализации и наличием депрессии в начале наблюдения. При этом было исключено влияние таких факторов, как возраст, наследственная отягощенность, профессия, курение, употребление алкоголя. Во многих работах, посвященных изучению механизмов, по которым депрессия способствует опухолевому росту, отмечается возможность нарушения противоопухолевого иммунитета, о чем может свидетельствовать, например, повышение при депрессии уровня кортикостероидов, подавление цитотоксической активности естественных киллеров, нарушения функции цитокинов. Показано, что при депрессии нарушается способность клеток восстанавливать ДНК, поврежденную под воздействием канцерогенов, а также то, что депрессивные состояния повышают риск развития рака за счет оксидантного повреждения ДНК лейкоцитов. Депрессии могут влиять на онкогенез и через снижение качества сна, поскольку при этом также наблюдаются расстройства иммунной системы. Подтверждением связи депрессий и онкопатологии могут служить наблюдения, показавшие, что психофармакотропная терапия депрессий у больных раком, сочетающаяся с социальной реабилитацией, не только снижает уровень депрессии и повышает качество жизни, но и улучшает функционирование системы иммунитета. Эти и другие данные обосновывают представление К. Монтгомери (C. Montgomery) о том, что сложные, но глубинные влияния разума на организм, особенно на иммунную систему, предоставят психоонкологам перспективу для работы в XXI в.

Важным аспектом этой проблемы является также и то, что пациенты, страдающие депрессией, нередко долго не обращаются за медицинской помощью, что приводит к более поздней диагностике у них злокачественных новообразований. Часто в таких случаях депрессия приводит и к снижению комплайенса в отношении медицинских рекомендаций и назначений, что также неблагоприятно отражается на течении онкологического заболевания.

В анализе роли психологических факторов патогенеза психосоматических заболеваний необходимо отметить высокую коморбидность тревоги и депрессий, поэтому многими авторами они часто рассматриваются как составляющие общего тревожно-депрессивного расстройства. Показаны многие общие нейробиологические процессы тревоги и депрессии. К ним относится, в частности, то, что при тревоге наблюдается гиперактивация норадренергических эффектов и растормаживание ингибирующих эффектов ГАМК-ергических нейротрансмиттерных систем. В случаях хронизации тревоги такая активность моноаминовых систем приводит к снижению уровня серотонина и в результате — к депрессии. Тревога и депрессия контролируются не столько абсолютными уровнями серотонина и норадреналина, сколько балансом в их содержании и активности. Хронический гиперкортицизм, который рассматривается как состояние хронического стресса, также свойствен и для тревоги, и для депрессии.

Сочетание тревоги и депрессии приводит к утяжелению клинической картины соматического заболевания и снижает эффективность проводимой соматотропной терапии.

Уровень субъективного контроля

Под уровнем субъективного контроля (УСК), или локусом контроля, понимают склонность человека воспринимать явные или ожидаемые события как находящиеся либо под личным (интернальным) контролем, либо под контролем внешних (экстернальных) факторов. Люди с высоким интернальным локусом контроля более уверены в себе, более оптимистичны, спокойны и доброжелательны, более личностно зрелые; они прилагают больше собственных усилий для успешной адаптации в социальной среде, более активны и инициативны в межличностных коммуникациях, испытывают меньше враждебности к окружению и успешнее противостоят воздействию стресса за счет более развитой у них системы социальной поддержки. Интернально ориентированные личности при столкновении с фрустрирующими ситуациями испытывают меньше тревоги и реже демонстрируют депрессивные расстройства. Рядом исследований отмечены взаимосвязи экстернальности с высокой тревогой и депрессией, а также с более высокими уровнями враждебности и агрессивности, что можно рассматривать как комплекс психологических факторов психосоматического риска.

Среди пациентов соматических стационаров экстернальность коррелирует с тяжестью клинической симптоматики. Отмечено, что у женщин с патологическим течением беременности в сравнении с женщинами, у которых беременность протекала без осложнений, локус контроля отчетливо смещался в зону экстернальности, особенно в сфере отношения к здоровью и болезни. Такая психологическая установка приводила к достаточно быстрому формированию роли «больного» с развитием собственной пассивности в лечебном процессе, ипохондрических реакций, эмоциональной лабильности и тревожно-депрессивных состояний. Отмечена связь неблагоприятных изменений локуса контроля и прогрессирования глазной патологии. Уровень локуса контроля может приобретать значение психологического фактора, влияющего на функционирование сердечно-сосудистой системы в условиях психоэмоционального напряжения. Обследование больных гипертонической болезнью с комплексом сопутствующих метаболических нарушений (ожирением, дислипопротеидемией и др.) показало, что у них снижался уровень интернальности в отношении своего здоровья, при этом он был тем ниже, чем выше была выраженность метаболических расстройств. У больных сахарным диабетом II типа отмечена связь экстернальности с повышением концентраций в крови холестерина, фибриногена и гликированного гемоглобина, который рассматривается как ведущий критерий декомпенсации сахарного диа-

бета. Тенденция к экстернализации локуса контроля отмечена у больных с обструктивными заболеваниями легких (бронхиальной астмой и хроническим бронхитом). Это формирует состояние психической дезадаптации у больных и приводит к снижению активности и ответственности за свое здоровье, к снижению критичности к своему состоянию и экстрапунитивным реакциям. Экстернальный локус контроля связан с более высокой интенсивностью хронических болевых синдромов, поскольку существенно снижает использование самим пациентом активных стратегий совладания с болью, тем самым не только усиливая стресс у таких пациентов, но и стимулируя новый уровень соматической дезадаптации, связанной с переживаемой болью.

Враждебность и агрессия

Среди различных психологических факторов, которые в последние годы активно связывают с состоянием соматического здоровья, отмечаются враждебность и агрессия. В работах, посвященных враждебности, этот термин, как правило, употребляют наряду с двумя другими, по значению тесно связанными с ним: агрессия и гнев. Некоторые авторы выделяют в соответствии с понятиями враждебности, гнева и агрессии *когнитивный* (недоверие, подозрительность, цинизм, недоброжелательность по отношению к другим людям), *эмоциональный* (гнев, раздражение, отвращение) и *поведенческий* (агрессия, нежелание или избегание общения с другими людьми) *аспекты* этих психических явлений. Другие авторы, напротив, не проводят жестких границ между тремя компонентами и рассматривают враждебность как устойчивую комплексную личностную черту, подразумевающую обесценивание мотивов и личностных качеств других людей, ощущение себя в противостоянии и оппозиции к окружающим и желание причинения им определенного ущерба.

Можно отметить, что еще в работах начала XX в. гнев, враждебность и связанные с ними внутриличностные конфликты рассматривались как факторы риска артериальной гипертензии и коронарной патологии. С середины 80-х гг. XX в. исследование значения враждебности в состоянии физического здоровья человека и в развитии соматической патологии приобрело характер целого направления. Связь враждебности с развитием и тяжестью течения ИБС отмечена во многих исследованиях. Рекомендации по профилактике ИБС Европейского общества кардиологов (1998 г.) указывают на враждебность и гнев как на один из психосоциальных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. Уровень враждебности и агрессии может служить важным предиктором развития инсулинорезистентности и атерогенных изменений липидного метаболизма. Враждебность и гневливость рассматри-

ваются как психологические факторы, инициирующие и стимулирующие процессы перекисного окисления липидов, что тем самым позволяет относить их к факторам патогенеза широкого круга соматических заболеваний.

Представляется также важным и то, что враждебность рассматривается в качестве одного из ключевых, вероятно, даже наиболее «токсичных» элементов поведенческого типа А, предрасполагающего к развитию сердечнососудистой патологии. Отмечено, что лица с чертами поведенческого типа А, характеризующегося, наряду с другими психологическими качествами, амбициозностью и агрессивностью, эмоционально вовлекаются во фрустрирующие их ситуации значительно активнее, чем лица без таких психологических характеристик, что существенно увеличивает у них количество экстрапунитивных (внешне-обвинительных) реакций, требований к окружению и усиливает стремление к активному и стеничному контролю над ситуацией.

Описаны различные варианты связи уровня враждебности и кожных заболеваний, например, при нейродермите. С одной стороны, нейродермит рассматривается как проявление высокой и открытой враждебности. С другой стороны, уровень враждебности у этих больных снижен в сравнении с больными другими кожными заболеваниями, которые не рассматриваются как психосоматические. Это позволяет предполагать, что в этих случаях соматическая патология выступает как способ трансформации и снижения интенсивности переживаемой враждебности. Аналогичная по сути идея высказывается и в отношении бронхиальной астмы. В отношении этих больных показаны наличие сдерживаемой агрессии и подавление в себе реакции на фрустрирующее внешнее воздействие. В результате поведенческая и вербальная разрядка подменяются расстройствами в функционировании дыхательного аппарата. Эти данные подтверждают представления о том, что в этих случаях враждебность находит социально приемлемый выход благодаря механизму соматизации.

В ряде случаев враждебность приводит к высокой конфликтности, развитию большого количества психотравмирующих событий и снижению социальной поддержки, что нередко делает человека более уязвимым в отношении соматических заболеваний. Высоко враждебные люди не только активно реагируют на различные стрессовые события, но нередко они их сами провоцируют и создают вследствие наличия у них определенной системы установок, переживаний и соответствующего им поведения. Люди, переживающие высокую агрессивность и враждебность, находятся в зоне повышенного риска развития соматических заболеваний, в частности, из-за своего нездорового образа жизни. Они больше курят, меньше заботятся о своем здоровье, демонстрируют сниженный комплайенс в отношении врачебных рекомендаций, которые становятся объектом их негативизма и отвержения. Л. В. Бороздиной

и соавторами предложена «триада риска», общая для таких психосоматических заболеваний, как артериальная гипертензия и язвенная болезнь. Этот комплекс представляет собой сочетание сниженной самооценки, высокого уровня притязаний и высокой тревожности, что в целом рассматривается как общий фактор риска психосоматических расстройств, поскольку у этих пациентов проявление всех указанных черт существенно более интенсивное, чем у здоровых лиц. Помимо роста уровня тревожности и фрустрированности, в таких случаях возрастает также уровень агрессивности и чувства враждебности, компенсируемый социальной и поведенческой конформностью. Если учесть, что оба конструкта (самооценка и притязания) начинают проявляться уже в подростковом возрасте и обладают относительной устойчивостью к психотерапевтическим воздействиям, то их выраженное рассогласование становится фактором, травмирующим сферу не только психического, но и соматического здоровья.

О том, что враждебность и агрессивность по-разному реализуются в развитии психосоматических заболеваний, свидетельствуют и другие исследования. Показано, что у больных артериальной гипертензией уровень враждебности превышает уровень агрессивности. Эти больные склонны выражать агрессию гораздо реже, чем испытывают ее на самом деле, тогда как в контроле у здоровых людей, это соотношение было обратным. Это приводит к возрастанию уровня эмоционального напряжения у больных артериальной гипертензией, выражающегося, в частности, в изменении психофизиологических показателей в сравнении со средненормативными данными (снижении индекса б-ритма по фоновой ЭЭГ и возрастании индекса в-ритма), что можно рассматривать как признаки перевозбуждения структур центральной нервной системы.

Рядом исследований показано, что опыт выражения или блокирования агрессии изменяет состояние медиаторных систем головного мозга. Выраженность этих изменений зависит от наследственно обусловленных свойств нервной системы и характера формирующегося поведения — агрессивного или подчиняющегося. В исследованиях не только экспериментального характера, но и на людях, показано, что формирование агрессивного типа поведения сопровождается снижением серотонинергической активности головного мозга. Диета с пониженным уровнем триптофана, предшественника серотонина, увеличивала агрессивность здоровых испытуемых. Отмечена связь пониженной серотонинергической функции лимбико-ретикулярной и гипоталамической систем с импульсивным агрессивным поведением. Учитывая важную роль серотонина в функционировании эндотелия, дефицит этого нейромедиатора при формировании агрессии позволяет связать ее с развитием широкого круга сердечно-сосудистых заболеваний, в патогенезе которых одним из ключевых звеньев является эндотелиальная дисфункция.

В качестве одного из возможных механизмов связи враждебности с развитием соматических заболеваний можно отметить модель повышенной психофизиологической реактивности Р. Вильямса (R. Williams), в которой большое значение отводится нейроэндокринной системе, реализующей хронический стресс. Это подтверждается тем, что состояние гнева сопровождается активацией симпатико-адреналовой системы, в частности гиперсекрецией катехоламинов и кортизола, что является важным фактором патогенеза многих заболеваний, прежде всего сердечно-сосудистых. Одновременно также отмечено, что личностям с высоким уровнем враждебности свойственно хроническое состояние эмоционального напряжения, реализующегося в повышенном содержании в плазме крови тестостерона, играющего важную роль в развитии атеросклероза. Тестостерон рассматривается в качестве биологического коррелята хронической враждебности как ориентации на поиск источников опасности в ближайшем окружении. В обсуждении психосоматического значения враждебности представляется важным то обстоятельство, что она имеет относительно низкую наследуемость и в большей степени зависит от социальных факторов. Это определяет во многих случаях эффективность психотерапии, что в свою очередь положительно сказывается на течении самого психосоматического заболевания и его лечении. И. Гидроном (Y. Gidron) показано, что снижение уровня враждебности у пациентов с артериальной гипертензией, отмечаемое в результате проведения психотерапии, сопровождалось более выраженным снижением диастолического артериального давления, чем у больных, получавших только стандартную гипотензивную терапию. На соматическом уровне враждебность может реализоваться самыми различными расстройствами. Отмечают ее связь с развитием инсулинорезистентности и нарушениями липидного обмена, входящими в структуру метаболического синдрома. У больных с высоким уровнем враждебности, особенно если она сочетается даже с умеренной степенью депрессии, повышается уровень интерлейкина-6 в плазме крови, который является фактором риска развития сосудистых, прежде всего коронарных, расстройств.

Алекситимия

Во многих исследованиях последних лет одним из вариантов предиспозиции к развитию психосоматических заболеваний называют алекситимию (в буквальном переводе — *«отсутствие слов для выражения чувств»*), описание и дальнейшее изучение которой позволило в определенной степени описать новые взаимоотношения негативных эмоций и физического здоровья. Исследования алекситимии позволили установить, что недифференцированные и поэтому невыраженные психологическими механизмами отрицательные эмоции оказывают на состояние соматического здоровья значи-

тельно более неблагоприятный эффект, чем такие же негативные, но хорошо дифференцированные эмоциональные состояния и реакции. Термин «алекситимия» предложил П. Сифнеос (P. Sifneos) в 1973 г., наблюдая пациентов с психосоматическими заболеваниями. В настоящее время алекситимией характеризуется совокупность аффективных и коммуникативных особенностей, включающих в себя трудности в идентификации и описании эмоций, в различении чувств и телесных ощущений, внешне-ориентированным мышлением, фокусированным в большей степени на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях, бедностью фантазий и снижением способности к символизации, тенденцией к импульсивности, высокой социальной конформностью, снижением эмпатии и выраженными трудностями в интернализации конфликтов, обеднением межличностных связей. При этом у лиц с высокой алекситимией фиксируются выраженные физиологические реакции на эмоциональный стресс, но без адекватного вербального выражения. Особенностью самоотношения лиц с высокой алекситимией является низкая чувствительность к своему внутреннему физическому и психическому состоянию и, соответственно, связанная с этим ограниченная способность к их саморегуляции. Снижение способности регулировать различные, прежде всего негативные эмоции приводит к усилению физиологических реакций на различные стрессовые ситуации, создавая тем самым условия к их хронизации и развитию психосоматических заболеваний. Ограничение осознавания и когнитивной переработки эмоций ведет к усилению соматического компонента эмоционального напряжения. Этим в определенной степени объясняется тенденция, наблюдаемая у алекситимичных индивидов, к более активному развитию ипохондрических и соматических расстройств. У больных вегетативными дисфункциями высокий уровень алекситимии сопровождается высокой интенсивностью различных вегетативных расстройств, вплоть до их пароксизмального течения и панических атак. Алекситимия тесно связана с различными вариантами вегетативных дисфункций. Так, показано, что при функциональных расстройствах желудочно-кишечного тракта средний уровень алекситимии выше, чем при язвенном колите, а в обеих этих группах выше, чем у здоровых. Количество больных с высокой алекситимией при функциональных расстройствах внутренних органов может превышать 60%, что также связывается с тенденцией к соматизации психических расстройств у этих пациентов.

Поскольку алекситимия тесно связана с различными психосоматическими заболеваниями, отсутствие при ней фантазийной, символической переработки реальности позволило считать Дж. Макдуглу (J. McDougall) [7], что пациенты с психосоматическими расстройствами «антиневротичны», поскольку не склонны реализовать типичные для больных неврозами психологические защиты, базирующиеся во многом на символизации, фантазировании и экспрессии эмоций, но одновременно и не «психотичны», поскольку

часто хорошо адаптированы к реальности и трудностям своего сосуществования с болезнью.

Предложены различные модели возникновения алекситимии:

- *биологическая* — как свойство центральной нервной системы, генетически запрограммированное или приобретенное в результате особых условий индивидуального развития;
- *психодинамическая* — как устойчивый защитный механизм, складывающийся с детства или в результате психической травматизации, вызывающей тяжелые для осознания чувства;
- *бихевиоральная* — как результат раннего научения от алекситимичной матери или влияния социального окружения и усвоения социо-культуральных норм, в которых открытое выражение эмоций не развивается или подавляется. Наличие такой модели алекситимии наряду с ее высокой распространенностью позволили П. Марти (P. Marty) считать ее частью «личности нашего времени».

Рядом исследований показано, что в развитии алекситимии важное, возможно даже основное, значение имеет генетический фактор, поэтому она сама должна анализироваться в рамках психонейрофизиологического подхода.

Дж. Немиах (J. Nemiah) описывает две модели формирования алекситимии: отрицания и дефицита. Модель отрицания предполагает активное, нередко тотальное торможение различных эмоций, переживаемых человеком. В этом случае алекситимия, рассматриваемая как вариант психологической защиты, может носить вторичный и обратимый характер. Однако клинический опыт показывает, что у многих больных с психосоматическими заболеваниями алекситимия носит глубокий и необратимый характер, даже в условиях длительной и активной психотерапии. В таких случаях более оправданной представляется модель дефицита, связанного не с торможением или блокированием, а с отсутствием определенных нейрофизиологических реакций и когнитивного аппарата их переработки, что непосредственно и неблагоприятно отражается на состоянии соматической сферы.

Рядом исследований показано, что количество здоровых лиц с высоким уровнем алекситимии в молодом, среднем и пожилом возрасте значимо не различаются, и что алекситимия не связана с полом, семейным и социальным статусом, проживанием в городе или сельской местности. Алекситимия, распространенная в популяции на уровне 10%, является устойчивой личностной чертой. При этом одной из причин такой устойчивости может быть, по мнению К. Хонкалампи (K. Honkalampi), ее тесная связь с депрессией. Представляется важным то, что люди с высокой алекситимией отличаются низким уровнем социальной поддержки, более низкими уровнями образования и доходов, а также более низким социальным статусом. То есть теми социально-психологическими характеристиками, которые многими

исследователями рассматриваются как факторы риска психосоматических заболеваний.

Алекситимия «соматизирует» многие психопатологические синдромы. Одной из причин повышения интенсивности физиологических реакций при психосоматических расстройствах можно считать сниженную способность к адекватному отреагированию негативных эмоций психологическими механизмами, в частности в поведении. Особенностью самоотношения лиц с высокой алекситимией является нечувствительность к своему внутреннему физическому и психологическому состоянию и, соответственно, связанная с этим ограниченная способность к его регуляции.

Нарушения в сфере осознания и вербализации эмоций при алекситимии формируют склонность к гиперактивации симпатико-адреналовой системы. Отмечена выраженная взаимосвязь между уровнем алекситимии и содержанием АКТГ, кортизола и катехоламинов в крови. В целом у алекситимичных пациентов средний уровень артериального давления выше, чем у неалекситимичных больных; кроме того, алекситимии сопутствует резистентность к гипотензивной терапии. Алекситимия настолько тесно связана с некоторыми важными факторами риска соматических заболеваний, в частности с гиперлипидемией и уровнем фибриногена в крови, что эта связь приобретает характер «психосоматического сцепления» [8]. Курение среди алекситимичных больных ИБС отмечено существенно чаще, чем среди неалекситимичных (соответственно 76% и 39%). Повышенный уровень холестерина в крови отмечается у 64% больных ИБС с высокой алекситимией и только у 37% больных с низкой.

О. В. Кремлева [9], отмечая активные биопсихосоциальные связи в патогенезе ревматоидного артрита, показала, что уровень алекситимии у этих больных значимо выше, чем у здоровых. Это исследование установило связь алекситимии с генетическим контролем затруднений в выражении чувств, что позволяет предположить, что алекситимия при ревматоидном артрите является скорее первичной, конституциональной и относительно стабильной личностной характеристикой. Алекситимия приводит к определенной диссоциации личности с окружающей реальностью и тем самым актуализирует эмоциональное напряжение, которое получает тенденцию к соматизации вследствие конформного и пассивного стиля социальной адаптации у этих больных, что связывает его также с депрессивным стилем самовосприятия, переживанием хронического эмоционального дискомфорта с аутоагрессивными тенденциями.

Алекситимия существенно затрудняет процесс коммуникации с больными и снижает уровень терапевтического сотрудничества с ними, что также является важным в диагностике и терапии психосоматических заболеваний. Выраженность алекситимии значимо связана с длительностью течения хронических соматических расстройств, в частности, за счет ее высокой асс-

циации с длительными и интенсивными болевыми синдромами. Практически важным является вопрос о стабильности алекситимии, поскольку она достаточно устойчива к различным вариантам терапии. Приведенные наблюдения и их анализ обосновывают целесообразность учета фактора алекситимии в клинической практике лечения психосоматических заболеваний и в построении профилактических программ, поскольку алекситимия отражает не просто предиспозицию психосоматической патологии, но и несет существенную прогностическую информацию о возможном течении заболевания и эффективности его терапии.

Социально-психологические факторы развития психосоматических заболеваний

Психологические факторы, влияющие на развитие соматических заболеваний, тесно связаны с социальным статусом, уровнем образования, степенью включенности в социальные связи и выраженностью социальной поддержки, что активно подтверждает биопсихосоциальную природу самого широкого круга заболеваний человека и продолжительности его жизни.

Обращает на себя внимание тенденция, которая наблюдается в странах Западной Европы и которая сохраняется на протяжении десятилетий: уровень смертности в группе «синих воротничков» (людей, занятых физическим трудом, и квалифицированных рабочих) устойчиво выше, чем в группе «белых воротничков» (людей, занятых управленческим, интеллектуальным трудом, и различных специалистов). Различия в показателях смертности в этих группах примерно одинаковы в разных странах и при повторном исследовании спустя 10 лет только возрастают. Это происходит за счет того, что смертность у «белых воротничков» снижается значительно интенсивнее, чем в группе «синих воротничков», что наглядно показывает связь социальных факторов (уровня образования, характера труда, социального статуса и уровня доходов) с уровнем смертности. Эти данные подтверждают результаты довольно многочисленных к настоящему времени исследований о том, что чем выше человек в социальной «табели о рангах», тем больше у него шансов дожить до глубокой старости. Во многом это связано с более высокой приверженностью человека к соблюдению здорового образа жизни, ограничению курения, рациональному питанию. По данным Центра наук о здоровье (Торонто, Канада) за 2000 г., киноактеры, получившие премию Американской киноакадемии (в просторечии — «Оскара»), живут в среднем на 4 года дольше своих коллег, не получивших ее, а те, кто удостоился ее дважды, живут в среднем на 6 лет дольше не отмеченных этой наградой. Одно из объяснений этого феномена связано с ростом самооценки, положительно

влияющей на регуляцию артериального давления, состояние иммунитета и другие процессы, определяющие состояние здоровья человека.

Социальные факторы долгое время рассматривались и оценивались в структуре эмоционального стресса как патогенные, однако в последние годы все больше привлекает их буферная и превентивная роль в развитии заболеваний. Мысль о том, что внимание и поддержка близких людей помогают преодолевать боль и очень важны для здоровья, высказывалась еще Плутархом. Затем это стало основой теории «социальных сетей», формирующих систему социальной поддержки, которая во многих случаях может влиять на течение заболевания даже более эффективно, чем система профессиональной поддержки. Многие исследователи указывают на прямую и выраженную связь между восприятием человеком социальной поддержки и уровнем его психического и физического здоровья. Дефицит заботы и внимания, снижение уровня социальной поддержки — один из решающих факторов развития депрессии и тревоги, враждебности, дисфункциональных личностных установок, формирующих отношения зависимости, конфликтности и связанные с ними соматические расстройства.

Психологические факторы терапии и коррекции психосоматических заболеваний

Необходимо обратить внимание на определенное противоречие в подходах к оценке роли психологических факторов в развитии психосоматических заболеваний, что хорошо видно на примере сердечно-сосудистой патологии. Международные рекомендации по ведению больных стенокардией отмечают, что, по данным эпидемиологических исследований, такие психологические характеристики, как наличие поведенческих черт личности типа А, переживание хронической депрессии, гнева и враждебности играют важную роль в развитии ишемической болезни сердца. Вместе с тем, в разделе рекомендаций по борьбе с факторами риска коррекция стресса и депрессии отнесена по критериям доказательной медицины к классу IIб («данных, подтверждающих полезность/эффективность, недостаточно или мнение экспертов неоднозначно»). Это предполагает необходимость продолжения исследований эффективности воздействия на психологические факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, ориентируясь, прежде всего, на их эффективную профилактику.

Признание активной роли психологических, прежде всего личностных факторов в развитии психосоматических заболеваний обосновывает необходимость и целесообразность использования различных форм психотерапии и психологической коррекции, в частности когнитивной и поведенческой, в комплексной терапии и профилактике этих заболеваний.

Многообразие механизмов психосоматического развития предполагает, что коррекция этих расстройств должна учитывать это положение и включать в себя психофармакотропное лечение и психотерапию. Применение психофармакологических средств в настоящее время уже не рассматривается как чисто биологическая терапия, поскольку по мере снижения тревоги, выраженности депрессии и изменении характера интрапсихической адаптации происходит активная реорганизация социального взаимодействия и интеграция поведения, что отражается и на течении соматических процессов.

По мнению Й. Прохазки (J. Prochaska), в настоящее время психологическая коррекция расстройств физического здоровья становится одной из ведущих задач психотерапии. Отчасти это можно объяснить социально-экономическими факторами, поскольку в настоящее время свыше 50% затрат в сфере здравоохранения обусловлены психологическими, в частности, поведенческими, характеристиками больных, уровнем их терапевтического комплайнса. При сахарном диабете эффективный контроль заболевания на 95% зависит от поведения пациентов. Поэтому, по мнению многих экспертов, лечение поведенческих и других личностных факторов, являющихся звеньями патогенеза соматических заболеваний, становится важной задачей психотерапевтов и клинических психологов. В литературе, посвященной этому вопросу, все активнее обсуждаются модели *поведенческого здравоохранения*, делающего акцент на профилактике ведущих соматических заболеваний и их терапии за счет устранения психологических факторов развития физических расстройств.

Исследования, посвященные оценке эффективности психологической коррекции и психотерапии в лечении психосоматических заболеваний, немногочисленны и их результаты во многом противоречивы. Представляется симптоматичным, что такое авторитетное руководство по диагностике, лечению и профилактике артериальной гипертензии, как ДАГ1 (2000), подготовленное группой ведущих российских экспертов в области сердечно-сосудистой патологии, отмечая немедикаментозные мероприятия с доказанной эффективностью в отношении снижения АД и риска артериальной гипертензии (нормализация массы тела, ограничение приема алкоголя и поваренной соли, ограничение потребления животных жиров и др.), психотерапию в этом перечне не приводит.

Вместе с тем, в литературе есть данные о позитивном эффекте когнитивной психотерапии в лечении и профилактике соматической патологии. М. Фридман (M. Friedman), проводя у больных ИБС коррекцию поведенческого типа А, направленную на снижение чувства враждебности, отметили по данным суточного мониторирования ЭКГ сокращение количества эпизодов ишемии миокарда и улучшение общего течения ИБС. Д. Нельсоном (D. Nelson) отмечено, что при использовании психокоррекционных и обучающих программ у больных сахарным диабетом наблюдалось смещение

локуса субъективного контроля в сторону интернальности, что в свою очередь способствовало более успешной терапии диабета и компенсации его осложнений. Этот эффект связывается с коррекцией у пациентов внутренней картины болезни, формированием у них более продуктивных стратегий совладания со своим заболеванием и более высоким уровнем терапевтического комплайнса, повышением ответственности пациентов за выполнение медицинских назначений и профилактических рекомендаций.

Приведенные данные свидетельствуют о необходимости продолжения изучения роли психологических факторов в психосоматических механизмах формирования наиболее распространенной патологии человека, а также возможностей и путей повышения эффективности ее психотропной, прежде всего психотерапевтической, коррекции.

Список литературы

1. *Губачев Ю. М., Дорничев В. М.* Мозговые механизмы психофизиологических состояний. Л., 1989.
2. *Винокур В. А., Симаненков В. И.* Психосоматические механизмы участия алекситимии в развитии заболеваний сердечно-сосудистой системы // Вестник экспериментальной и клинической психологии. 2002. № 1.
3. *Lazarus R.* Stressbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt. In: Stress. Bern: Huber. 1981.
4. *Rosenman R., Friedman M.* Personality, type A behavior pattern and coronary heart disease // Royal Society Med. 1979. V. 14.
5. *Biondi M.* Цит по: Cuzzi R, Bossa R. Mind and cancer // Psychopharm Biological Narcology 2004. V. 2–3.
6. *Pedersen S., Denollet J.* Type D personality, cardiac events and inpaired quality of life: a review // Europ J Cardiovasc Prevent Rehabil 2003. V. 10.
7. *McDougall J.* Цит. по: Ениколопов С. Н., Садовская А. В. Враждебность и проблема здоровья человека // Журн. неврол. и психиатрии. 2000. № 7.
8. *Винокур В. А.* Психосоматические механизмы развития сердечно-сосудистых заболеваний: Автореф. дисс... докт. мед. наук. СПб., 2002.
9. *Кремлева О. В.* Психотерапия в системе лечения больных ревматоидным артритом (с позиций биопсихосоциального подхода): Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. СПб., 2004.

Глава 7

Синдром профессионального выгорания у медицинских работников

Психологические характеристики и методические аспекты диагностики

Уже несколько десятилетий за рубежом состояние здоровья медицинских работников, прежде всего врачей, связанное с различными профессиональными патогенными факторами, является объектом внимания и изучения не только психологов, но и клиницистов, специалистов по профессиональной патологии, организаторов общественного здравоохранения. В России, несмотря на то, что заболеваемость медицинского персонала значительно превышает заболеваемость во многих отраслях промышленности с традиционно вредными условиями труда, программы охраны здоровья медицинских работников практически не разработаны. Важно отметить, что медработники являются не только социально очень значимой (в силу специфики своей работы), но и многочисленной профессиональной группой. По данным Министерства здравоохранения, количество врачей и медработников в России в 2003 г. составляло около 2 млн человек.

Анализ, проводимый Госсанэпиднадзором Российской Федерации, свидетельствует, что за последнее десятилетие профессиональная заболеваемость медицинских работников в России выросла с 0,5 до 1,8 на 10 тысяч работающих и имеет устойчивую тенденцию к дальнейшему росту, причем хронические формы различных заболеваний преобладают в ее структуре. По данным социально-гигиенического мониторинга за последние 5 лет, темпы роста профессиональной заболеваемости медработников в России в 1,2 раза превышают аналогичный показатель для взрослого населения в популяции.

Труд врачей и других медработников сопровождается воздействием на них целого ряда неблагоприятных для здоровья факторов, среди которых можно отметить опасность инфицирования, контакты с аллергенами, сенсибилизирующими, раздражающими или токсическими веществами, различные виды излучения, вибрация, вынужденная рабочая поза со статическими нагрузками и др. Среди этих факторов особо выделяют профессиональный стресс, о чем свидетельствуют все более частые и масштабные исследования и регулярные публикации на эту тему в медицинских и психологических журналах. В 80-х гг. в нашей стране 60% медицинских работников считали, что их работа сопровождается заметным для них эмоциональным напряжением. А в 2004 г. уже 74% врачей и 82% медицинских сестер, работающих в различных лечебно-профилактических учреждениях (стационарах, поликлиниках, диспансерах, центрах Госсанэпиднадзора), отмечали, что их работа сопровождается постоянным и достаточно выраженным нервным напряжением.

Психологические характеристики синдрома профессионального выгорания

В настоящее время существует общепринятая точка зрения, согласно которой профессиональный стресс рассматривают как многомерный феномен, выражающийся в психических и физиологических реакциях на широкий круг ситуаций в трудовой деятельности, связанной с межличностным взаимодействием. Синдром включает в себя три составляющие: эмоциональное истощение, деперсонализацию, редукцию профессиональных взаимоотношений.

Термин *«выгорание»* предложил в 1974 г. Г. Фрейденберг (H. Freudenberg) для описания состояния усталости и разочарования в работе, которое он наблюдал у психиатров. Затем оказалось, что эта модель, сфокусированная на изучении эмоциональных расстройств, вызываемых профессиональной деятельностью, вполне подходит и для врачей других специальностей. Позднее В. Шмидбауэр (W. Schmidbauer) использовал термин *«бессильный помощник»* для описания состояния психической перегрузки врачей, а С. Маслах (S. Maslach) определила это состояние как *«синдром эмоционального истощения»*.

С. Маслах и Х. Фройденберг (H. Freudenberg) выделяют такие симптомы эмоционального истощения, как низкая стрессоустойчивость, беспокойство и тревога, отказ от трудных ситуаций, ограниченная способность к конструктивному решению проблем, низкая субъективная оценка профессиональной деятельности.

По мнению большинства исследователей, к категории лиц, наиболее подверженных профессиональному стрессу, можно отнести медицинских работников вообще и врачей в частности, потому что, как пишет Шмидбауэр, «ничто не является для человека такой сильной нагрузкой и таким сильным испытанием, как другой человек». Работа врача характеризуется ежедневным интенсивным и эмоционально напряженным взаимодействием с пациентами, неизбежной необходимостью вовлечения в проблемы других людей, с одной стороны, а с другой — давлением определенных социальных норм, предписывающих врачу жесткие стереотипы эмоционального реагирования (быть сдержанным, терпеливым, заботливым, понимающим, сочувствующим и т. д.). Представление о необходимости быть альтруистичным и безгранично преданным выполнению профессионального долга — идея, достаточно популярная в отечественной литературе. Так, например, А. В. Решетников отмечает, что «от врача постоянно требуется готовность к самопожертвованию, необходимость пересмотра своего личного в интересах другого человека, его здоровья. Для профессии врача допустим лишь этический максимум, с позиций которого нужно быть и хорошим медиком, и хорошим человеком, поскольку врач имеет дело с больным человеком, которого он должен уберечь от болезней... Врач во всех отношениях должен быть на высоте общественных требований». Очевидно, что принятие врачами этих установок может приводить к развитию ряда иррациональных идей, касающихся гипертрофии собственной ответственности и значимости в жизни других людей (М. Балинт называл это «апостольской» установкой врача). Это проявляется, в частности, в необходимости постоянного одобрения другими людьми, в перфекционистском отношении к работе и драматизации неудач («Я полностью ответственен за состояние своих пациентов», «В моей работе все должно выполняться самым лучшим образом»), что способствует развитию профессионального стресса.

Основная идея книги Маслах «Выгорание. Плата за сочувствие», красноречиво выраженная в ее названии, представляется достаточно спорной многим авторам. Так, Н. В. Гришина [1] отмечает, что выгорание — это «плата» не столько за само сочувствие и заботу о пациентах, сколько за нереалистично завышенные и поэтому нереализованные ожидания, связанные с медицинской профессией и выполняемой работой, что в дальнейшем закономерно приводит к разочарованию и апатии. Обесценивание своих собственных усилий в случае их нереализованности, нередко даже ощущение их бессмысленности, является очень сильным фактором формирования стресса у врачей.

Исследования показывают, что синдром выгорания у врачей сопутствует их повседневной, рутинной профессиональной деятельности, вместе с тем, часто требующей от них достаточно интенсивного и по разным причинам эмоционально напряженного общения с пациентами. Именно поэтому он

отнюдь не связан с экстремальными условиями врачебной деятельности. Опросы среди русских врачей показали, что, по их мнению, необходимость постоянного контакта с больными и их родственниками играет важную роль в формировании хронического эмоционального напряжения.

«Почему мы выбрали эту профессию?» — достаточно сложный вопрос, заключающий в себе множество переплетающихся между собой мотивов посвятить свою жизнь именно ей. Как пишет А. Гуггенбуль-Крэг (A. Guggenbuhl-Craig), «никто не действует исключительно из чистосердечных намерений. Чем более значительны темные мотивы, тем сильнее человек, работающий в помогающей профессии, отстаивает свою мнимую объективность...Чтобы расширить свое понимание, необходимо глубже двигаться туда, где находятся мотивы, побуждающие профессионалов заниматься своей работой».

К личностным характеристикам, способствующим развитию «выгорания», относится склонность к повышенной тревоге и депрессивным реакциям, связанным с недостижимостью внутреннего стандарта качества врачебной деятельности и блокированием в себе негативных переживаний. К. Купер (C. Cooper) [2] считает, что более высокому риску профессионального выгорания подвержены врачи при наличии таких личностных черт, как высокая целеустремленность в работе и честолюбие. Это подтверждает представление о том, что выгорание является процессом, который в «помогающих» профессиях может начинаться довольно рано. Его истоки и определенный риск уже присутствуют в системе достаточно распространенных и нередко иррациональных представлений о сути «помогающих» профессий, в частности, медицины, и в личностных особенностях тех, кто эти профессии для себя выбирает. Профессиональные установки формируются и укореняются глубоко в личностной сфере, поэтому в них отражаются и через них реализуются индивидуальные особенности обладателя этих установок.

Испытывая хроническое эмоциональное напряжение во взаимодействии с пациентами и стремясь снизить его интенсивность, врачи невольно для себя часто психологически (по крайней мере эмоционально) дистанцируются от пациентов, тем самым делая коммуникацию с ними еще более непродуктивной, а сам процесс терапевтического сотрудничества и, соответственно, лечения — менее успешным. Это согласуется с данными В. Д. Вида о том, что высокая интенсивность синдрома профессионального выгорания у врачей сопровождается высокими показателями их негативного отношения к пациентам.

К состояниям профессионального выгорания у медицинских работников вполне применимы факторы, вызывающие высокое психическое напряжение у лиц, работающих в профессиях социономического типа: ролевая неопределенность (неясность требований, которым должна удовлетворять данная работа); ролевой конфликт (противоречия в требованиях со стороны

лиц и социальных институтов, занимающих по отношению к данному профессионалу определенные контролирующие позиции); ролевая перегрузка (чрезмерность требований к данной профессиональной роли, превышающая возможность их адекватного исполнения). Теория соответствия личности и профессиональной среды, или теория стрессогенного воздействия окружения, исходит из представления о том, что при несоответствии адаптивных возможностей личности врача требованиям профессии и социальной среды вероятность развития у него хронического эмоционального стресса существенно возрастает («синдром квадратной затычки в круглой дырке»). Объективный уровень требований в работе, по мнению ряда авторов, не является определяющим для возникновения профессионального стресса у врачей. Самым важным считают рассогласование между этими требованиями и самооценкой личностных ресурсов, необходимых для удовлетворения этих требований.

Синдром профессионального выгорания как пограничное психическое расстройство

В настоящее время синдром «профессионального выгорания» у врачей адекватно описывается диагностическими критериями рубрики «Расстройства адаптации» МКБ-10. Эти критерии включают в себя состояния субъективного стресса и эмоционального расстройства, обычно затрудняющие социальное функционирование и возникающие в период адаптации к определенным жизненным изменениям или стрессовым событиям, включая развитие соматического заболевания или предположение его наличия. Эта категория расстройств определяется не только на основе анализа клинико-психологических характеристик и особенностей течения, но и наличия продолжительно сохраняющихся эмоционально неприятных жизненных обстоятельств, в результате которых развиваются нарушения социально-психологической адаптации. При этом стрессирующие факторы, связанные с профессиональной деятельностью, могут влиять на всю систему социального окружения и социальной поддержки человека, однако в риске возникновения и формирования адаптационных расстройств важную роль играет индивидуальная, нередко достаточно выраженная, предрасположенность («уязвимость») человека. Тем не менее, подобные состояния не могли бы развиться без внешних стрессирующих факторов. Проявления этих расстройств по критериям МКБ-10 могут включать:

- снижение настроения, тревогу и беспокойство, нередко — их сочетания, учитывая высокую коморбидность и общие патогенетические механизмы формирования тревоги и депрессивных состояний;

- чувство неспособности справляться с трудными возникающими ситуациями или уверенно оставаться в текущей ситуации;
- ощущение снижения успешности и продуктивности в повседневных занятиях.

Если эти реакции приобретают длительный, затяжной характер, такой продолжающийся стресс описывается с помощью одного из Z-кодов МКБ-10, в частности Z-73 («Неклассифицируемый стресс» или «Стресс, связанный с трудностями управления своей жизнью»).

Во врачебной профессии нередко наблюдается зависимость: чем напряженнее работает врач, тем активнее он избегает мыслей и чувств, связанных с внутренним эмоциональным выгоранием. М. Кинг (M. King) отмечает, что «люди, работающие в медицинских учреждениях, часто подвержены значительному личностному стрессу... Им трудно раскрываться перед кем-нибудь. Преобладающая особенность врачебной профессии — отрицать проблемы, связанные с личным здоровьем». Известный парадокс состоит в том, что способность врачей подавлять свои негативные эмоции, связанные со сложными взаимодействиями с пациентами, является их сильной чертой, но в определенных ситуациях становится их слабостью, поэтому приходится активно убеждать врачей, что обращаться к «человеку в самом себе» не только вполне естественно, но и просто необходимо.

Синдром профессионального выгорания и здоровье медицинских работников

Социальная и экономическая «цена» синдрома выгорания у медицинских работников очень высока. По данным исследований, в Англии 40% всех случаев нетрудоспособности у врачей связаны с эмоциональным стрессом. Неудовлетворенность работой, тесно связанная с профессиональным стрессом врачей, рассматривается как основная причина их невыхода на работу. Следует отметить, что абсентеизм (все случаи неоправданного, даже кратковременного отсутствия на работе) в мировой практике рассматривается как яркое проявление профессионального стресса, и оно считается типичным для врачей. Среди обследованных медиков треть принимала медикаментозные средства для снятия эмоционального напряжения, а выраженность употребления алкоголя, частота разводов и дорожного травматизма у них превышала средний в популяции уровень. Обследование 620 британских врачей выявило у 41% из них высокий уровень тревоги и у 26% — клинически выраженную депрессию, нередко даже более значительную, чем у их пациентов.

Среди врачей риск совершения суицидов традиционно высок в течение нескольких десятилетий. Анализ причин смерти среди врачей штата Калифорния показал, что суициды у них происходят вдвое чаще, чем среди остального населения. Ежегодный показатель суицидов для женщин-врачей в США составляет 41 на 100 000 населения по сравнению с 12 на 100 000 у женщин старше 25 лет. Исследования, проведенные в европейских странах, показали, что уровень суицидов у мужчин-врачей в 2–3 раза выше, чем вообще в мужской популяции. У женщин-врачей суицидальный риск также выше, чем в среднем у женщин в популяции. В Великобритании к социальной группе повышенного риска совершения суицида также относятся медсестры, особенно при наличии у них определенных личностных расстройств, приводящих к дефициту социальной поддержки в семье и в профессиональном окружении. Высокая частота суицидов среди врачей отмечается в течение длительного времени многими авторами. Так, например, на это указывал известный русский психиатр И. А. Сикорский в учебнике психиатрии, вышедшем в 1910 г., отмечая среди основных причин этого явления высокое нервно-психическое напряжение у врачей.

Врачи, совершавшие суицид, чаще страдали депрессией и алкоголизмом, испытывали большое эмоциональное напряжение на работе или имели серьезные расстройства социальной адаптации. Чаще всего суициды совершались врачами путем отравления лекарственными средствами, учитывая более высокую доступность лекарств для врачей и знание ими сведений о токсичности и допустимых дозах препаратов. Это согласуется с мнением о том, что профессиональным заболеванием медицинского персонала является токсикомания, что связывается с более легкой доступностью для медработников препаратов с высокой наркотической активностью.

О серьезной озабоченности состоянием здоровья и связанной с ним профессиональной эффективности медицинских работников в Великобритании еще в конце 80-х гг. прошлого столетия свидетельствует то, что целый раздел годового отчета Высшего органа британского здравоохранения (British General Medical Council) за 1993 г. назывался «Больная профессия? Кто оказывает помощь?» и был посвящен проблеме профессионального стресса у врачей. А. Аллибоне (A. Allibone), один из руководителей BGMC, пишет в представленной в этом отчете статье:

«Я вспоминаю, что в начале моей работы врачом общей практики среди коллег по работе один страдал алкоголизмом, другой умер довольно рано от нераспознанного своевременно рака, третий прекратил медицинскую практику вследствие психологических проблем, осложнявших его работу. В эти же годы в течение длительного времени я был просто подавлен известиями о суицидах трех врачей общей практики в графстве Норфолк, которых я хорошо знал, ценил и глубоко уважал. Это были переживания, к которым обуче-

ние в медицинском колледже нас совершенно не подготовило. Мне стало ясно, что наша профессия терпит неудачу в попытках преодолеть болезни у тех, кого считают профессионалами в помощи другим. Одновременно с этим я осознал, до какой степени сами врачи, их коллеги, родственники и пациенты страдают от этой неудачи. Медицинские издания полны сообщений о стрессах и заболеваниях у людей, работающих в медицине. Внутри самой профессии должно появиться осознание, что каждый врач в отдельности может предпринимать различные меры по снижению интенсивности профессионального стресса, связанного с работой, например, улучшать условия труда. Но только изменения в самом отношении к тому, как мы воспринимаем свои собственные болезни и как мы справляемся с ними, позволят успешно справиться со стрессом у медиков. Врачи ведь тоже люди, и внутренне они достаточно хрупки. Вы можете решить проблему долгих часов, которые они проводят на рабочем месте, и условий работы, которые нуждаются в улучшении, и тем не менее вы по-прежнему будете сталкиваться с врачами, страдающими алкоголизмом или расстройствами настроения. То, что мы можем предложить в качестве изменений — это другое отношение к своим болезням и недомоганиям, забота о здоровье наших коллег (и их пациентов) и настоящее удовлетворение от умения восстанавливать и поддерживать свое здоровье.

Некоторые обнадеживающие шаги на этом пути уже сделаны. Постепенно расширяются возможности для консультирования врачей, переживающих стресс. GMC, который многими врачами несправедливо воспринимается только как надзирающий и карательный орган, прилагает много усилий для защиты не только пациентов, но и самих врачей, когда они чувствуют себя плохо. 40 лет назад я с беспокойством думал о том, как помочь своему коллеге. Сегодня уже нет врача, который бы не понимал, что наши профессиональные неудачи во многом связаны с тем, что мы допускаем для себя и своих коллег возможность постепенного сползания в расстройства, перерастающие в серьезные заболевания. Мы стараемся привить еще студентам-медикам убеждение, что внимание к своему собственному здоровью — это часть профессиональной культуры врача. Мы должны относиться к своему здоровью с такой же заботой и вниманием, как и к здоровью своих пациентов».

То, что расстройства настроения являются достаточно распространенным недугом среди врачей, подтверждается целым рядом исследований, проведенных в последние годы в разных странах. Полученные результаты в значительной мере способствовали тому, что для врачей в европейских странах стали проводить регулярные семинары по диагностике и преодолению профессионального стресса. В Британской медицинской ассоциации в середине 90-х гг. открыли круглосуточную телефонную службу психологической поддержки для медработников. Затем была также создана Британская Национальная консультативная служба для врачей, нуждающихся в меди-

цинской или психологической помощи вследствие развития у них профессионального стресса.

С. Ратхуд (S. Rathod), обследовав в Шотландии в 2000 г. 123 врача-психиатра, установил, что 42% из них чувствовали хроническую усталость, 28% жаловались на различные мышечные боли, 19% — на головные боли, у 23% опрошенных врачей отмечена депрессия, у 16% — обострение хронических соматических заболеваний. 28% врачей отмечали различные нарушения сна, 21% участников этого опроса указывали на проявления раздражительности и гнева в отношениях с пациентами. Опасный для жизни стиль вождения автомобиля отмечен в этом исследовании у 39% врачей.

Многое их этих расстройств определяется и у российских врачей, у которых выявлен высокий уровень острых стрессовых состояний в виде тревоги, астении, нарушений сна. У врачей, работающих в поликлиниках, обнаружено нарастание признаков профессиональных и личностных деформаций, использование неадекватных форм купирования стресса (интенсивное курение, употребление алкоголя, демонстрация враждебности в поведении).

Обследования, проведенные Санкт-Петербургским центром профпатологии в нескольких лечебно-профилактических учреждениях города, показали, что здоровыми являются не более 5% их сотрудников, в основном в возрасте до 30 лет. По данным И. М. Гичева и соавторов [3], обследовавших 163 медицинских работника Новосибирска, практически здоровыми были только 7% врачей и 4% средних медработников. Наиболее частой патологией у медработников в практическом здравоохранении являются, по этим данным, заболевания опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы, пограничные нервно-психические расстройства и заболевания сердечно-сосудистой системы.

О том, что врачи сами являются активными «потребителями» различных лекарств, прежде всего психотропных средств, и активно назначают самим себе снотворные, транквилизаторы, антидепрессанты, аналгетики и противоязвенные препараты даже существенно чаще, чем своим пациентам, свидетельствуют данные опросов о состоянии здоровья британских и норвежских врачей. С. Тюри (S. Töyry) и другие специалисты по профессиональной патологии и общественному здравоохранению путем анонимного анкетирования обследовали в 1986 г. 2671 финского врача, а затем по той же программе в 1997 г. — 3313 врачей в возрасте до 65 лет, работавших в системе государственного здравоохранения. В этом исследовании количество врачей, регулярно принимавших различные медикаменты, за указанный период достоверно возросло (с 31,2% до 49,0% среди врачей-мужчин и с 30,5% до 49,4% — среди врачей-женщин). Наиболее частыми основаниями для приема лекарств самими врачами были: хронические боли; заболевания желудочно-кишечного тракта; психические расстройства и нарушения сна.

Оценка стресса в структуре профессионального выгорания

Количество исследований по «профессиональному выгоранию», возрастающее в последние годы, остается недостаточным для понимания закономерностей формирования профессионального стресса, изучения его проявлений у врачей различных специальностей, что связано, прежде всего, с трудностями психологической диагностики этого явления. Недостаточность данных об общих закономерностях развития синдрома профессионального стресса неблагоприятно отражается на качестве его предупреждения. Нами в период с 2002 по 2005 г. было проведено исследование различных сторон «профессионального выгорания» у 153 врачей разных специальностей, работающих в различных регионах России [4]. В качестве основы для подбора методов исследования психологических характеристик врачей в состоянии профессионального стресса была использована когнитивно-феноменологическая модель стресса, предложенная Р. Лазарусом (R. Lazarus) [5]. Согласно ей структура стрессового эпизода состоит из четырех последовательных элементов: осознание стрессора и его оценка; эмоциональные реакции и когнитивные процессы; копинговые реакции; результат копинга и новая оценка ситуации.

Будет ли событие восприниматься как стрессовое, зависит от субъективной оценки происходящего, которая представляет собой суждение о стрессовом событии (первичная оценка), и о наличии необходимых ресурсов для его преодоления (вторичная оценка).

Первичная оценка ситуации основывается на определении ее субъективной значимости, а также по таким субъективным параметрам, как присущая ситуации стрессогенность, возможность контроля ситуации, вероятность того, что ситуация изменится в результате собственной динамики, и т. д.

Поскольку работа врача предполагает межличностное взаимодействие с пациентом, то представляется важным исследовать субъективное отношение этих специалистов к ситуациям профессионального общения. Для достижения поставленной цели использовался разработанный нами опросник для определения «профессионального выгорания» у врачей [6], регистрация ответов которого осуществлялась по принципу VAS (визуальной аналоговой шкалы). Ответы фиксировались на шкале в диапазоне от 0 до 10 баллов. Все вопросы теста разделены на 8 шкал: эмоциональное истощение, напряженность в работе, удовлетворенность работой и оценка ее значимости, самооценка качества работы, помощь и психологическая поддержка, профессиональное усовершенствование, здоровье и общая адаптация, самооценка. В настоящее время опросник прошел контентную валидизацию и уже использован в нескольких исследованиях различных аспектов профессио-

нального стресса у медицинских работников и психологов. Содержательная валидность определялась на этапе формирования опросника путем изучения мнений и замечаний экспертов — врачей и психологов путем контент-анализа содержания утверждений, включенных в опросник.

По данным этой методики, около $^{1}/_{3}$ врачей отмечают, что часто чувствуют усталость и эмоциональное истощение на работе и указывают на высокую степень влияния рабочих проблем на состояние их здоровья и на жизнь в целом. Полученные данные показывают, что для врачей, субъективно переживающих чувство эмоционального истощения на работе, а также обеспокоенных влиянием рабочих проблем на состояние их здоровья и на жизнь в целом, характерна более высокая оценка своей рабочей нагрузки в сравнении с врачами, не испытывающими отрицательных чувств, связанных с работой. Врачи, часто отмечающие на работе эмоциональный дискомфорт, указывают на более частое возникновение на работе конфликтных ситуаций и ниже оценивают получаемую от коллег и руководства помощь, которая является одним из самых мощных копинг-ресурсов, дающих возможность личности справиться со стрессовыми воздействиями. Низкая субъективная оценка помощи, получаемой при решении профессиональных проблем врачами, переживающими состояние профессионального стресса, показывает, что врачам этой группы по субъективным ощущениям недостаточно получаемой помощи и поддержки для того, чтобы справиться со стрессовыми воздействиями на работе. Возможно, это объясняет большую частоту возникновения ситуаций, которые эти врачи воспринимают как конфликтные, а также субъективное представление о рабочей нагрузке как чрезмерно для них высокой.

Анализ полученных данных показывает, что чем чаще врачи испытывают чувство усталости и эмоциональное истощение, связанное с работой, тем больше они обеспокоены развитием у них профессионального выгорания и тем больше контролируют степень своей эмоциональной вовлеченности в состояние пациента. Повышение оценки влияния рабочих проблем на состояние здоровья врачей сопровождается увеличением конфликтных ситуаций на работе и усилением чувства враждебности по отношению к пациентам.

Итогом вторичной оценки стрессовой ситуации является суждение о наличии или отсутствии необходимых личностных ресурсов для преодоления возникшей ситуации. Под ресурсами исследователи стресса понимают такие стабильные характеристики личности, которые обеспечивают психологический фон для преодоления стресса и способствуют развитию копинг-стратегий.

К психологическим ресурсам, играющим важную роль в организации эмоционального стресса, относят прежде всего интегрированность поведения и толерантность к фрустрирующим воздействиям среды, определяемые в клинической психологии как сила Я. По мнению Д. Н. Узнадзе, сила Я

является фактором, регулирующее влияние которого проявляется на психических процессах, имеющих непосредственное отношение к повседневному поведению, позволяет судить об управляемости поведения, о возможности осуществлять его целенаправленное регулирование вопреки мешающим воздействиям. Сила Я позволяет личности осуществлять саморегуляцию поведения, свидетельствует о способности к личностной интеграции. Недостаточность силы Я свидетельствует о низкой стрессоустойчивости и приводит к повышению фрустрационной напряженности.

Определить меру толерантности, приспособляемости субъекта, его адаптированности к фрустрации позволяют данные шкалы ES (сила Я) известной методики «Стандартизированный многофакторный метод исследования личности» (СМИЛ). Низкие показатели шкалы ES выявляют плохую интеграцию личности, недостаточную стрессоустойчивость. Косвенным свидетельством снижения интегрированности поведения в стрессовых ситуациях являются также низкие, в сравнении с нормативными, показатели шкалы *IQ* (интеллектуальный потенциал). Здесь интеллектуальный коэффициент рассматривается, как показатель субъективной оценки возможностей реализации своих потенциальных ресурсов.

Так, у врачей, отмечающих у себя признаки стресса, связанного с выполнением профессиональных обязанностей, выявлено снижение интегрированности поведения в стрессовых ситуациях, в том числе и снижение эффективности использования своего интеллектуального потенциала. Стиль мышления этих врачей обусловлен пессимистической оценкой своих возможностей в реализации интеллектуальных ресурсов и характеризуется ориентацией на общепринятые штампы, ригидностью, что снижает способность к восприятию новой информации и является одним из дезорганизующих факторов в нестандартных ситуациях, требующих быстрого принятия ответственных решений.

Контролируемость ситуации

Следующим показателем стресса является субъективное представление о контролируемости ситуации. Личностный контроль ситуации определяет не только поведенческий вариант преодоления стресса (экстернальный или интернальный), но представляет генерализацию ожиданий, в которых личность контролирует исходы ситуаций в связи с их когнитивной оценкой, и таким образом влияет на процессы преодоления стресса и на исходы адаптации. Локус контроля — это склонность человека описывать события как находящиеся или под личным (внутренним, интернальным) контролем, или под контролем внешних (экстернальных) факторов, таких как судьба, случай и удача. Согласно теории Й. Роттера (J. Rotter), формирование опреде-

ленного социального поведения напрямую связано с характером субъективного отношения к влиянию собственной деятельности на прошедшие, текущие и последующие события (феномен внутреннего локуса контроля).

Установлено, что люди с высоким интернальным локусом контроля прилагают больше усилий, чтобы контролировать окружающую среду, они более обучаемы, активно ищут и используют знания и больше внимания уделяют информации, а не социальным требованиям ситуации. Такие люди активнее сопротивляются стрессу. Встречаясь с фрустрирующими сложными ситуациями, экстерналы, по сравнению с интерналами, переживают бóльшую степень тревоги, враждебности и агрессии, они менее эффективны в совладании с жизненными стрессами из-за возникающей тревоги и пониженного настроения. Личности с экстернальной организацией контроля демонстрируют чувство беспомощности при решении сложной задачи вслед за решением простой, они менее способны к достижениям, у них чаще развиваются депрессивные состояния, они менее эффективны в разрешении проблем и хуже используют возможности информационного контроля над средой, чем личности с интернальным контролем.

Интернальность локуса контроля определяет сферы наибольшей эмоциональной «включенности» и наибольшей субъективной значимости, а сферы наибольшей субъективной уязвимости определяются экстернальной направленностью локуса контроля. В этих сферах наиболее часто наблюдаются дезадаптивные проявления. Склонность к высокой эмоциональной вовлеченности субъекта в ситуацию сопровождается увеличением числа стимулов, вызывающих эмоциональный отклик, и чувствительности к любым рассогласованиям в системе человек—среда, что ведет к возникновению фрустрации даже в случае блокады относительно малосущественных и не имеющих долговременного значения потребностей [7]. Решить эту диагностическую задачу позволяет «Методика для определения уровня субъективного контроля личности» (УСК), предназначенная для выявления уровня интернальности в разных сферах социального взаимодействия. У значительной части обследованных врачей отмечается снижение способности активно формировать свой круг общения, устанавливать новые контакты, они более пассивны в социальном взаимодействии, предоставляют другим активно действовать и регулировать ход взаимоотношений. По мнению С. А. Лигер, интернальный контроль в области межличностных отношений способствует формированию более продуктивных отношений с больными и является одним из профессионально важных качеств врача. Умение врача устанавливать необходимый психологический контакт с больным является одним из необходимых условий эффективности профессиональной деятельности, это позволяет предположить, что у врачей с внешним контролем в межличностной сфере неадаптивное поведение чаще наблюдается в ситуациях решения профессиональных задач. Далее нами выявлено смеще-

ние локуса контроля в сфере профессиональных отношений в экстернальную зону, которое отражает повышенную чувствительность и субъективную уязвимость врачей в этой сфере социального взаимодействия. Это позволяет предположить эмоциональную неустойчивость, проявления враждебности при общении с пациентами и коллегами, что свидетельствует о снижении способности контролировать ситуацию профессионального взаимодействия с пациентами, выявляет тенденцию перекладывать ответственность за то, как складываются профессиональные отношения, на партнеров по общению, в частности, пациентов и коллег.

Обращает на себя внимание повышение показателей интернальности в сфере достижений и снижение их в сфере неудач. Подобное сочетание может носить психологически защитный характер, помогая снизить уровень тревоги и эмоционального напряжения, связанного с работой.

Высокие показатели в области семейных отношений и в отношении здоровья и болезни показывают, что для врачей, высоко оценивающих степень влияния рабочих проблем на их эмоциональное и соматическое состояние, сфера семейных отношений является сферой большего приоритета, чем для врачей, не испытывающих эмоционального дискомфорта в работе. Возможно, повышение ответственности за то, как складывается взаимодействие в сфере семейных отношений, проявление самостоятельности и настойчивости в решении семейных вопросов является для врачей компенсацией испытываемой ими неуверенности в разрешении сложных профессиональных вопросов.

Таким образом, преобладание у врачей экстернальной направленности локуса контроля в межличностной сфере может свидетельствовать о пассивной личностной позиции, их повышенной чувствительности и уязвимости, а также снижении субъективной приоритетности для этих специалистов сферы общения. Выявленная у врачей, высоко оценивающих степень влияния рабочих проблем на жизнь в целом, тенденция к экстернальности в сфере профессиональных отношений отражает повышенную уязвимость к фрустрирующим действиям в этой сфере социального функционирования и создает риск формирования профессионального стресса.

Еще одной важной психологической характеристикой личности, формирующей копинг-ресурсы человека, является самооценка. Самооценкой, или принятием себя, называют составляющую Я-концепции, связанную с отношением к себе в целом или отдельным своим качествам. Это оценка личностью самой себя, своих возможностей, качеств и места среди других людей. Самооценка формируется в онтогенезе под влиянием общественных отношений и представляет собой результат осознания личностью своего положения в системе значимых социальных связей, она завершает формирование структуры характера, обеспечивает его целостность, выполняет функцию саморегуляции и контроля развития.

В. А. Бодров [8] указывает на активную связь самооценки с эффективностью купирования стресса. Люди с низкой самооценкой имеют более высокий уровень тревожности, они воспринимают себя как неспособных противостоять угрозе, убеждены, что ничего не могут сделать для ее предотвращения, избегают трудностей, так как убеждены в своей несостоятельности. Таким образом, люди с низкой самооценкой справляются со стрессом хуже, чем люди с высокой самооценкой. Если врачи оценивают себя в профессии достаточно высоко, меньше вероятности, что они будут интерпретировать многие события в своей работе как стрессовые.

Для исследования самооценки отдельных личностных качеств, проявляющихся в различных социальных отношениях, в том числе и субъективной оценки собственной привлекательности, нами использовался Гиссенский личностный опросник. Кроме того, в качестве показателя уровня самопринятия использовались значения дополнительной шкалы «отношение к себе» СМИЛ.

По данным исследования, значимых различий показателей шкал, отражающих оценку своих социальных качеств у врачей, переживающих состояние профессионального стресса и не отмечающих у себя его признаков, не выявлено. Бóльшая часть врачей оценивают себя как людей, опирающихся в оценке на свои внутренние критерии, уступчивых, терпеливых, послушных, зависимых, не способных к агрессии (по данным шкал «Доминантность», «Открытость—замкнутость» Гиссенского опросника). В стрессовых ситуациях врачи отмечают повышение самоконтроля, склонность к рефлексии и обдумыванию поступков. При выполнении профессиональных обязанностей они характеризуют себя, как ответственных, усердных, педантичных и аккуратных (по данным шкалы «самоконтроль»). При этом врачи, не отмечающие признаков профессионального стресса, положительно оценивают свои качества, считают себя привлекательными в социальных контактах, в то время как врачи, отмечающие состояние профессионального стресса, не удовлетворены своими качествами, не принимают себя, их самооценка значительно снижена. Для них характерно более тщательное выполнение правил и инструкций при выполнении профессиональных обязанностей, проявление особой ответственности, тщательности, требовательности к себе и к другим при выполнении профессиональных обязанностей, что отражает стремление компенсировать свою неуверенность и повысить самооценку.

Эмоции и когнитивные процессы

В отечественной литературе тревога определяется как отрицательное эмоциональное состояние, возникающее в ситуациях неопределенности и ожидания с дефицитом информации и непрогнозируемым исходом. Тревога

обычно связана с ожиданием неудач в социальном взаимодействии. Тревога — центральный элемент в механизме формирования психологического стресса. Роль тревоги как сигнала потенциально возможного неблагополучия и предполагаемой опасности заключается в том, что она активизирует процессы психической адаптации. Состояние тревоги приводит к включению или повышению активности механизмов интрапсихической адаптации. Тревога, если она по интенсивности и длительности неадекватна ситуации, препятствует формированию адаптивного поведения, приводит к нарушению поведенческой интеграции, способствует эскалации эмоционального стресса [7]. Уменьшение интенсивности тревоги воспринимается как восстановление нарушенной адаптации и в этом случае говорят о приспособительном и адаптивном характере тревоги.

Таким образом, ведущая роль тревоги в организации стресса заключается в изменении актуального психического состояния, связанного с активизацией поиска выхода из субъективно сложной ситуации, включением механизмов интрапсихической защиты, направленных на восстановление интеграции поведения.

В то же время показатели тревожности достоверно сопряжены с мотивацией избегания, а вытеснение фрустрации путем снижения мотивации нередко вызывает состояние депрессии, у которой с тревогой есть много психологических и биологических механизмов коморбидности.

Показателями тревожно-депрессивной симптоматики у обследованных нами врачей являются данные, полученные с помощью СМИЛ. О преобладании пассивной личностной позиции, блокировке активности, пессимистической оценке своих перспектив, отказе от реализации своих намерений, неуверенности, повышенной чувствительности к средовым воздействиям, преобладании мотивации избегания неуспеха свидетельствуют высокие показатели по шкалам «Пессимистичность» и «Тревожность», а сопутствующее повышение шкалы «Социальная интроверсия» характерно для пассивного ухода от конфликта, бегства от проблем, отхода от социальной активности.

У врачей, высоко оценивающих степень влияния рабочих проблем на свое эмоциональное и соматическое состояние, отмечается преобладание пониженного фона настроения, что проявляется в неуверенности, пассивной личностной позиции, страхе неудачи, снижении способности к интегрированному поведению в стрессовых ситуациях. Вместе с тем, для врачей с высоким уровнем тревоги характерна более высокая заинтересованность в результатах своего труда, более добросовестное отношение к своим профессиональным обязанностям. Возможно, повышенное внимание к выполнению должностных обязанностей врачей, испытывающих субъективный дискомфорт на работе, бессознательно используется, с одной стороны, как способ повысить чувство уверенности в себе, с другой стороны, тщательное

следование социальным нормам, выполнение заданных инструкциями действий позволяет контролировать уровень тревоги.

Можно предположить, что в ответ на стрессовую ситуацию, требующую изменения поведения, врачи применяют стереотипные, заданные инструкциями формы реагирования, не всегда адекватные ситуации. Это согласуется с мнением Ф. Б. Березина о связи психической ригидности и эмоциональной напряженности.

Известно, что тревога является начальным звеном развития широкого круга эмоционально-стрессовых состояний, и первоначально на стрессовое событие врачи реагируют повышением ее уровня. Если способы, которыми врачи справляются с эмоциональным напряжением, оказываются неэффективными, либо действие фрустрирующего фактора чрезмерно длительным, то возникающая субъективная оценка деятельности отражается в профиле СМИЛ синхронным повышением тревоги и пессимистичности. В тех случаях, когда депрессия выступает как гиперкомпенсация тревоги, в профиле СМИЛ у врачей отмечается сочетание пониженного уровня тревоги с высокими значениями пессимистичности. По данным нашего исследования, синхронное повышение показателей тревоги и пессимистичности отмечено у половины врачей, переживающих состояние профессионального стресса, а сочетание пониженного уровня тревоги с высокими значениями пессимистичности — у каждого пятого врача. Такое сочетание отражает бессознательное стремление врачей справиться с тревогой с помощью отказа от реализации своих намерений, снижения уровня побуждений. Однако этот способ устранения тревоги сопровождается снижением стрессоустойчивости, пессимистической оценкой врачами своих способностей к эффективному использованию интеллектуального потенциала в стрессовых ситуациях, а также повышением критичного отношения к своим профессиональным качествам и действиям, стремлением увеличить психологическую и социальную дистанцию в общении с пациентами и коллегами.

Адаптация к стрессовым ситуациям

Тревога, как стрессовая эмоция, приводит к адаптивным реакциям индивида, активизирует поиск выхода из «опасной» ситуации. По мнению Р. Лазаруса, стресс и его преодоление — это две стороны одной медали, а совладание со стрессом — центральная проблема психического здоровья и профессиональной адаптации. Важнейшими формами адаптационных процессов и реагирования индивидов на стрессовые ситуации считаются психологические защиты и механизмы совладания.

Цель психологической защиты — снижение эмоциональной напряженности, предотвращение дезорганизации поведения, а также поддержание уров-

ня самооценки личности. Важным критерием эффективности действия механизмов психологической защиты является снижение уровня тревоги.

По степени активности противодействия стрессу В. А. Ташлыков [9] выделяет три группы защитных психологических механизмов. Первую группу составляют компенсаторные психологические приемы, вторую — психологические защитные механизмы, оказывающие деструктивное влияние на личность и способствующие ее дезадаптации, в третью группу входят такие защитные механизмы, которые отражают пассивный характер попыток справиться с психологическим стрессом. Таким образом, использование таких механизмов защит, как вытеснение, отрицание, проекция не только не снижают интенсивность тревоги, но и не способствуют противодействию стрессу. Наиболее удачным диагностическим средством, позволяющим диагностировать всю систему психологических защит, выявить ведущие, оценить степень напряженности каждого механизма является методика «Индекс жизненного стиля», сконструированная на основе теоретических исследований Г. Келлермана и Р. Плутчика. У исследуемых нами врачей выявлена наибольшая выраженность механизмов защит «проекция», «интеллектуализация», «компенсация» и «отрицание». Усиление напряженности механизма «проекция» в поведении врачей проявляется в виде уязвимости, повышенной чувствительности к критике, нетерпимости к возражениям, требовательности к себе и к другим, пессимизме. Испытывая вину или раздражение на самих себя, врачи часто пытаются справиться с этим внутриличностным конфликтом путем приписывания неприятия или вины другим людям, в том числе пациентам и коллегам. Возникающее при этом неприемлемое для врача чувство враждебности трансформируется в чрезмерную заботу о пациентах и их гиперопеку, а утрированно добросовестное отношение к своим профессиональным обязанностям используется как способ повысить чувство уверенности в себе.

Повышенный контроль эмоций и импульсов, предпочтение врачами «безэмоциональных» способов преодоления фрустрирующей ситуации проявляется в выраженности такого механизма психологической защиты, как «интеллектуализация». Этот способ защиты дает возможность врачу оценить угрожающую ситуацию аналитически, как предмет изучения или интересное явление. Однако, как отмечает Т. И. Ронгинская, подобное поведение приводит к обезличиванию отношений участников лечебного процесса, создает угрозу для личностного развития и здоровья врача, тем самым являясь одним из критериев формирующегося профессионального стресса.

Повышение напряженности психологической защиты по типу «компенсации» у врачей отражает попытку справиться с представлением о себе, как о профессионале, недостаточно успешном и эффективном в своей работе. Это свидетельствует о стремлении врачей безусловно соответствовать определенным социальным нормам, предписывающим жесткие стереотипы эмо-

ционального реагирования с необходимостью быть сдержанным, терпеливым, заботливым, понимающим, сочувствующим. Однако при этом у них часто блокируется проявление истинных чувств, что создает эмоциональное напряжение и сопровождается усилением чувства враждебности и негативизма к пациентам.

Среди врачей широко распространено представление о том, что стресс в работе часто рассматривается и переживается как неудача и собственная слабость. Именно поэтому он вызывает основанное на чувстве вины отрицание травмирующей ситуации. Согласно полученным данным, для врачей, не отмечающих у себя признаки стресса, связанного с работой, характерно более интенсивное бессознательное использование защит «отрицание» и «вытеснение». Это позволяет предположить, что бессознательное отвержение самого факта травмирующей ситуации, блокировка информации на стадии восприятия создает субъективное ощущение комфорта, и это показывает, что для обследуемых нами врачей «отрицание» является механизмом, сопутствующим высокой профессиональной и другой социальной активности, снижающей переживание тревоги.

Неосознаваемой реакцией на стрессовые ситуации у врачей в состоянии профессионального стресса часто становится психологическая защита по типу «регрессии», которая относится к защитным механизмам манипулятивного типа. Однако подобные реакции не способствуют снижению тревоги, а усиление напряженности регрессии связано с увеличением количества ситуаций, которые врачи воспринимают, как конфликтные и эмоционально напряженные. Анализ показывает, что повышение интенсивности регрессии сопровождается снижением уровня самопринятия, повышением уровня тревоги, экстернальностью в сфере достижений. Суммарный балл показателей всех шкал методики отражает степень напряженности защит (СНЗ) и указывает на уровень выраженности защиты Я. Наибольшая выраженность этого показателя выявлена у врачей, переживающих состояние профессионального стресса, что может быть косвенным свидетельством наличия внутриличностного конфликта у представителей этой профессии.

Таким образом, полученные данные показывают, что профиль механизмов психологических защит всех врачей характеризуется склонностью к рациональной интерпретации конфликтной ситуации, контролем над агрессивными проявлениями, повышенной напряженностью психологических защит «проекция», «интеллектуализация», «компенсация».

Совладающее со стрессом поведение («копинг-поведение») проявляется в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах, его основными параметрами являются активность (конструктивность) и пассивность (неконструктивность).

У обследованных врачей во всех сферах преобладают конструктивные варианты стратегий, что указывает в целом на адаптивный характер совла-

дающего поведения. При столкновении с жизненными трудностями, в том числе с напряженными ситуациями, связанными с профессиональной деятельностью, врачи чаще используют конструктивные формы когнитивных стратегий. Использование врачами конструктивных механизмов совладания, связанных с когнитивной сферой, отражает их стремление дать когнитивную оценку, найти объяснение происходящему и определить пути выхода из проблемной ситуации. Полученные данные согласуются с выявленным ранее преобладанием в профиле защит у врачей всей исследуемой группы механизмов, направленных на когнитивную интерпретацию конфликтной ситуации (проекция, интеллектуализация, компенсация).

Представляется важным, что более 70% врачей для совладания со сложными профессиональными ситуациями используют копинг-стратегию «самообладание». Их усилия направлены на повышение самооценки за счет демонстрации социально поощряемого поведения в трудных ситуациях, в частности усиления самоконтроля. Испытывая эмоциональное напряжение при общении с пациентами, эти врачи следуют социальным нормам, предписывающим жесткие стереотипы эмоционального реагирования (быть сдержанным, терпеливым, заботливым, понимающим, сочувствующим и т. д.). Интенсивное использование самообладания способствует уменьшению уровня тревоги и повышению самооценки, однако такой способ совладания, основанный на контроле над эмоциональными проявлениями, создает риск возникновения реакций соматизации. Это вполне согласуется с существующими в психосоматической теории представлениями о том, что тревожные расстройства, не осознаваемые в терминах описания тревоги, активно соматизируются, поэтому адекватной и своевременной психологической коррекции они не получают.

Содержательный анализ поведенческих копинговых реакций показывает, что наиболее часто в поведенческой сфере врачи используют отвлечение и альтруизм. Возможно, оказание помощи другим людям дает врачам возможность снижать уровень эмоционального напряжения в условиях его недостаточно продуктивного осознавания.

Часто используемые врачами стратегии «обращение» и «сотрудничество» относятся к конструктивным вариантам совладающего поведения. Обращение за помощью к коллегам, продиктованное стремлением к сотрудничеству, позволяет достигать совместного решения проблемных ситуаций в профессиональной деятельности и снижает интенсивность профессионального стресса.

Следует отметить, что наиболее активный поиск поддержки со стороны других людей предпочитают врачи с высоким уровнем тревоги и низким уровнем стрессоустойчивости, они более зависимы, эмотивны, более низко оценивают свои социальные способности. Врачи, считающие себя непопулярными, недостаточно компетентными в общении, используют стратегию

«обращение» чаще, чем врачи, удовлетворенные своими социальными качествами и коммуникативными навыками.

В эмоциональной сфере врачи чаще используют такой конструктивный способ преодоления трудностей, как «оптимизм» — уверенность в наличии выхода в сложной ситуации. У врачей, использующих этот способ совладания со стрессом, выявляется тенденция к внутреннему локусу контроля над всеми значимыми жизненными событиями, над эмоционально положительными и эмоционально негативными ситуациями, в организации собственной профессиональной деятельности. Это показывает, что врачи, использующие копинг «оптимизм», более уверенно преодолевают возникающие на работе трудности, они уверены в том, что способны нести ответственность за решение значимых ситуаций в своей профессиональной деятельности, при решении сложных вопросов рассчитывают, прежде всего, на собственные силы. Вместе с тем, у этих врачей отмечается склонность к конверсионным реакциям на стрессовые события. Возможно, что внешне оптимистичное отношение к происходящему временно снижает эмоциональное напряжение, однако это не способствует оптимальному решению возникшей трудности. В случае повторяющихся конфликтных ситуаций возникающее эмоциональное напряжение трансформируется в «соматические» симптомы, чаще всего отражающие вегетативные расстройства.

В сложных ситуациях 40% врачей стараются скрыть свои эмоции, используя неконструктивную эмоциональную стратегию «подавление», предполагающую контроль и блокирование негативных эмоций. Использование этого способа совладания основано на представлении врачей о себе, как неспособных к глубоким привязанностям и самоотдаче. Для врачей, использующих подавление, характерно преобладание интернальности в сфере неудач над интернальностью в сфере успехов, что отражает склонность этих врачей воспринимать себя как «виновников» собственных неприятностей. Нами установлено, что достоверно чаще эту форму совладающего поведения используют врачи с экстернальным контролем в сфере профессиональных отношений, низко оценивающие свои социальные качества.

У врачей, переживающих состояние профессионального стресса, отмечается снижение использования конструктивных и увеличение неконструктивных способов совладания со стрессом в эмоциональной сфере. Это согласуется с выявленной ранее у этих врачей напряженностью механизма психологической защиты «регрессия».

Кроме того, в структуре совладающего поведения врачей, переживающих состояние профессионального стресса, отмечено более частое использование копингов «установка собственной ценности» и «самообвинение», «сотрудничество» и «агрессия». Наличие в структуре защитного поведения противоположных по смыслу и степени конструктивности копингов свидетельствует о дисгармоничности структуры совладающего поведения этих

врачей. Так, активные попытки врачей сотрудничать с коллегами часто сопровождаются усилением неосознаваемого чувства агрессии по отношению к окружающим. Убеждение в возможности преодоления еще больших трудностей в будущем сопряжено с усилением чувства вины и самообвинения. Повышение интенсивности использования копингов «самообвинение» и «агрессивность» сопровождается снижением уровня самопринятия, повышением обеспокоенности состоянием своего здоровья и увеличением напряженности механизма психологической защиты «регрессия».

Таким образом, профиль механизмов психологических защит врачей характеризуется преобладанием психологических защит, направленных на когнитивную интерпретацию конфликтной ситуации. С этим согласуется и структура копинговых стратегий, в которой также преобладают когнитивные способы совладания со сложными профессиональными ситуациями.

Соматизация профессионального стресса

Результатами стресса являются психологические, социальные и физиологические изменения, которые влияют на благополучие человека, его здоровье и на продуктивность профессиональной деятельности.

Одной из форм проявления аффективных расстройств, связанных со стрессом на работе, является их соматизация. Для исследования у врачей возможных нарушений в оценке своего здоровья нами были использованы шкалы СМИЛ. Они в содержательном плане регистрируют реакции на стрессовые ситуации в виде конверсии эмоционального напряжения в «соматические» симптомы, не связанные с объективно регистрируемыми расстройствами соматического здоровья («конверсионная реакция» и «реакции соматизации»), либо в виде чрезмерной озабоченности состоянием своего здоровья, имеющей в своей основе жалобы соматоформного характера («соматические жалобы» и «ипохондрия»).

По данным исследования, на стрессовые ситуации врачи реагируют либо переводом эмоционального напряжения в «соматические» симптомы, не связанные с объективно регистрируемой патологией, либо чрезмерной озабоченностью состоянием своего здоровья, имеющей в своей основе жалобы соматоформного характера.

Редукцией эмоционального напряжения у врачей всей исследуемой группы чаще выступает ипохондрическая сосредоточенность на состоянии своего здоровья, чем его трансформация в конверсионные симптомы. В этом случае при избыточной эмоциональной напряженности у врачей проявляется повышенная сосредоточенность на самочувствии и чрезмерное внимание к функциям отдельных систем организма.

При этом у врачей, переживающих состояние профессионального стресса, «соматизация» аффективных расстройств проявлялась в виде увеличения количества соматоформных жалоб. Следует отметить, что показатели шкалы «Соматические жалобы» у врачей в состоянии профессионального стресса были выше нормативных значений (по данным стандартизации), тогда как у врачей, не отмечающих негативных переживаний, связанных с работой, показатели шкалы «Конверсионные реакции» не выходят за рамки нормы.

Усиление субъективного дискомфорта, связанного с рабочими ситуациями, сопряжено у врачей с повышением уровня тревоги и невротического контроля. Это указывает на мотивационную направленность поведения врачей, переживающих состояние профессионального стресса, на соответствие нормативным критериям, в силу чего отреагирование негативных эмоций вовне оказывается блокированным невротическим сверхконтролем и проявляется обеспокоенностью врачей состоянием своего здоровья, сосредоточенностью на телесных расстройствах. При выполнении профессиональных обязанностей эти врачи контролируют проявления негативных эмоций в общении с пациентами, ориентируются на нормативные критерии, в частности на инструкции и правила. Подобное поведение является попыткой врачей скрыть раздражение и эмоциональное напряжение. Такое взаимодействие негативно влияет на эффективность использования врачами своего интеллектуального потенциала, вызывает у них чувство неудовлетворенности полученными результатами. Возможно, увеличение количества соматоформных жалоб бессознательно используется врачами с высоким уровнем пессимистичности как способ оправдания снижения своей активности в профессиональной деятельности. Строгое следование должностным инструкциям интерпретируется врачами как ответственность за выполняемую работу и служит компенсацией возникающего недовольства собой вследствие снижения профессиональной эффективности. Повышение риска возникновения конверсионной реакции и соматизации в ответ на стрессовое событие выявлено у врачей, низко оценивающих степень влияния рабочих ситуаций на свое эмоциональное и соматическое состояние. Эмоциональное состояние этих врачей характеризуется снижением уровня тревоги и пессимистичности. У врачей с повышенным риском конверсионной реакции отмечается снижение заинтересованности в результатах собственной деятельности, а также более поверхностное отношение к профессиональным нормам и должностным инструкциям.

У врачей, часто переживающих отрицательные чувства, связанные с работой, усиление субъективного дискомфорта сопряжено с повышением обеспокоенности состоянием своего здоровья. Это показывает, что для врачей, субъективно переживающих состояние профессионального стресса, способом снижения эмоциональной напряженности выступает сосредото-

ченность на телесных расстройствах. Увеличение количества соматических жалоб сопровождается низким уровнем принятия себя, высоким уровнем невротического сверхконтроля, снижением способности к восприятию новой информации, что может быть одним из факторов, дезорганизующих эмоциональную устойчивость.

Психологические компоненты профессионального стресса

Проявлениями профессионального стресса могут выступать эмоциональные и когнитивные реакции в виде обвинения других людей, раздражительности, обиды, игнорирования своей роли в собственных неудачах. В контексте нашей работы враждебность рассматривалась как установка и готовность определенным образом воспринимать и оценивать события. Для диагностики этого состояния был использован СМИЛ с определением дополнительных шкал («Враждебность», «Контроль над враждебностью» и «Доминирование»). При интерпретации полученных данных необходимо учитывать, что шкала «Враждебность» характеризует когнитивный компонент (склонность воспринимать и оценивать события как негативные, несущие в себе угрозу), а «Доминирование» — поведенческий компонент враждебности (проявление испытываемых, но не всегда осознаваемых негативных чувств в виде доминирующего поведения).

У врачей, не переживающих дискомфорта, связанного с профессиональными ситуациями, отмечен низкий уровень контроля над враждебностью, что отражает их склонность к реализации негативных эмоций в непосредственном поведении, в частности, в виде доминирующего поведения. У врачей, склонных к отреагированию негативных чувств в непосредственном поведении, в сравнении с врачами, сдерживающими проявление негативных эмоций, ниже уровень враждебности и тревожно-депрессивной симптоматики, а также более высокий уровень толерантности к стрессу. Поведение этих врачей характеризуется большей активностью, настойчивостью, более высоким уровнем принятия себя, своих интеллектуальных ресурсов, стремлением к доминированию, с одной стороны, и проявлением альтруистических тенденций по отношению к пациентам, с другой. Поскольку действия врача, направленные на руководство пациентами в виде замечаний, критики, упреков, указаний и оценок, не соответствуют требованиям, предъявляемым к специалистам помогающих профессий (быть сдержанным и терпимым), то основанная на чувстве вины рациональная защита со старанием врача принести в жертву свои интересы ради благополучия больных выступает в этом случае как компенсация неосознаваемой, но проявляемой враждебности по отношению к ним. Полученные данные показывают, что врачи, не переживающие

дискомфорта, связанного с работой, более чувствительны к эмоциональному состоянию пациентов, и на его изменение реагируют более активным проявлением внимания и заботы, поскольку считают себя ответственными за то, как складываются терапевтические отношения с пациентами. Это согласуется с точкой зрения Ф. Б. Березина, отмечающего, что высокая эмоциональная вовлеченность предполагает высокую чувствительность к любым рассогласованиям в системе человек—среда. Однако чем больше врачи демонстрируют свое доминирование над другими, чем выше их субъективная самооценка, основанная на игнорировании своих недостатков, тем чаще возникают конверсионные реакции на стресс. В этом случае энергия внутриличностного конфликта, связанного с проявлениями разнонаправленных тенденций (доминирования и альтруизма, внешне демонстрируемой высокой самооценки и подавляемой неуверенности в себе), посредством конверсии смещается в соматическую сферу и позволяет ослабить внутреннее напряжение, снизить уровень тревоги.

Врачи, испытывающие на работе состояние эмоционального дискомфорта, чаще воспринимают происходящие события как угрожающие их благополучию. Для них характерно усиление негативных чувств по отношению к окружающим, сочетающееся с повышением контроля над враждебностью и стремлением сдержать агрессивные проявления в непосредственном поведении.

Усиление контроля связано также с повышением уровня тревоги, снижением чувства уверенности в собственных силах, сопровождается экстернальной направленностью общего локуса контроля в сфере достижений и неудач, что позволяет предположить тенденцию к развитию пассивности, неуверенности, нерешительности этих врачей, склонности в социальных отношениях воспринимать себя как зависимых, подчиняемых. Пытаясь компенсировать свою неуверенность и повысить самооценку, врачи тщательно следуют инструкциям и предписаниям при выполнении профессиональных обязанностей, а в случае возникновения конфликтных ситуаций приписывают негативные качества другим людям, в том числе пациентам и коллегам.

Можно предположить, что повышение контроля над негативными чувствами обусловлено дефицитом навыков их конструктивной реализации. Врачи в ситуациях, воспринимаемых как стрессовые, снижают мотивацию к межличностному общению, их поведение характеризуется сниженной способностью к установлению и развитию взаимоотношений с окружающими и сопровождается снижением альтруистических тенденций, увеличением психологической дистанции с больными. Противоречивое сочетание желания добиваться хорошей оценки своей работы и чувство враждебности по отношению к окружающим указывает на дисгармоничность этой сферы личностной структуры врачей, находящихся в состоянии профессионального стресса.

Согласно полученным данным, сочетание высокого уровня тревоги, пессимистичности и низкой интегрированности поведения в стрессовых ситуациях, невротического сверхконтроля, блокирующего проявления негативных эмоций, определяют структуру психологического комплекса, названного нами «профессиональный стресс у врачей».

Высокий уровень профессионального стресса отмечен более чем у $^1/_3$ обследованных врачей. Их эмоциональное состояние характеризуется объективно регистрируемым повышением тревоги и пессимистичности, сдержанностью в проявлении негативных эмоций и низким уровнем принятия себя. Врачи с высокой интенсивностью профессионального стресса характеризуют себя как не умеющих эффективно взаимодействовать с пациентами и коллегами, чрезмерно контролирующих свои эмоциональные проявления.

У врачей с высоким уровнем профессионального стресса высокая эмоциональная напряженность сопровождается тенденцией к ипохондрии, стремлением игнорировать свое участие в неудачах, возложить ответственность за исход лечебного процесса на самих больных. Выявлены такие свойства личности, как эмоциональная лабильность, ригидность, стремление к дистанцированности и подавлению негативных реакций. Отмечено, что реагирование врачей, в структуре личности которых обнаружено наличие этих черт, на ситуации, воспринимаемые как стрессовые, характеризуется пессимистической оценкой своих ресурсов, в том числе и интеллектуальных, по их преодолению, а признаки профессионального стресса у этих врачей наблюдаются при стаже работы до 5 лет. Обращает на себя внимание то, что врачи с высокими показателями профессионального стресса считают, что при возникновении трудностей в решении профессиональных задач они получают недостаточно помощи и поддержки со стороны социального окружения, прежде всего, своих коллег. Выявленное несоответствие субъективной оценки интенсивности профессионального стресса и выраженности этого состояния по объективным данным у врачей со стажем работы свыше 15 лет обусловлено напряженностью механизма психологической защиты «вытеснение», предполагающего вытеснение из сознания тревожащей информации и способствующего состоянию субъективного комфорта.

Полученные данные позволяют предположить снижение у врачей, проработавших более 15 лет, мотивации на участие в коррекционных мероприятиях, поскольку, по субъективным оценкам этих специалистов, они не испытывают эмоционального дискомфорта, связанного с работой. Наиболее эффективной может быть коррекционная и профилактическая работа в группе врачей со стажем работы от 5 до 15 лет. У этих специалистов отмечена высокая субъективная оценка степени влияния рабочих проблем на эмоциональное и соматическое благополучие, а также высокие значения фактора «профессиональный стресс», как объективного показателя эмоционального дискомфорта, связанного с работой. У врачей, реализующих негативные чувства в непосредственном поведении в виде демонстрации доминирова-

ния в общении с пациентами и коллегами, отмечаются низкие значения фактора «профессиональный стресс» и высокие показатели фактора, названного нами «стрессоустойчивость», который представлен сочетанием высокого уровня толерантности к стрессу и низким уровнем враждебности. Врачи, которые занимают во взаимоотношениях с коллегами и больными активную, директивную позицию, берут на себя ответственность и объясняют собственными действиями как те события, которые воспринимаются ими как позитивные, так и те, которые они оценивают как неудачи, имеют более высокие показатели фактора «стрессоустойчивость». Устойчивость врачей к стрессу сопровождается высоким уровнем альтруизма, самопринятия, способности к использованию интеллектуального потенциала в стрессовых ситуациях и интернальной направленностью локуса контроля. При высокой стрессоустойчивости совладающее поведение врачей характеризуется более активным использованием конструктивного копинга «оптимизм» и менее интенсивным использованием механизмов психологических защит «проекция», «реактивное образование». Использованный нами диагностический инструментарий позволяет осуществлять программу комплексного исследования психологических характеристик специалистов помогающих профессий в состоянии профессионального стресса, определять степень его выраженности, что является необходимым условием для определения факторов риска формирования профессионального стресса и проведения более эффективных профилактических и реабилитационных мероприятий у медицинских работников.

Клинический пример. Л., 44 лет, врач-психиатр, стаж работы 20 лет, замужем, двое детей. Предъявляемые жалобы: частые головные боли, периодические обострения язвы желудка, бессонница.

Результаты клинического исследования. По данным структурированного интервью, высоко оценивает значимость профессиональной деятельности, считает ее интересной и стимулирующей. Отмечает, что интенсивность рабочей нагрузки не позволяет ей выполнять работу на достаточно качественном уровне, соответствующем ее субъективным требованиям и стандартам. Степень влияния рабочих проблем на состояние своего здоровья и на жизнь в целом так же, как и частоту проявления чувства усталости и эмоционального истощения на работе, оценивает как выраженную. При этом проявляет высокую степень беспокойства по поводу возможного формирования профессионального выгорания, указывает на ощущение недостатка признания и понимания со стороны коллег.

Результаты психологического исследования. Выявлено противоречивое сочетание мотивации достижения успеха с мотивационной направленностью избегания неудач. Актуальное состояние характеризуется пониженным фоном настроения, снижением активности, повышенным уровнем тревожности, неудовлетворенностью ситуацией. Отмечается склонность

к переживаниям, пессимистической оценке перспектив в работе. Эмоциональная сфера характеризуется подавлением спонтанности, столкновением сдержанности и раздражительности.

Особенности защитного поведения. В ситуациях, субъективно воспринимаемых как угрожающие, проявляется поведение, обусловленное установкой на серьезную и методичную работу над собой, нахождение и исправление своих недостатков, преодоление трудностей, достижение высоких результатов в деятельности, стремление к оригинальности, вежливость, любезность, сдержанность, демонстрация приподнятого настроения.

Для совладания со сложными профессиональными ситуациями наиболее часто используется копинг-стратегия «самообладание», «установка собственной ценности» и «сотрудничество». Таким образом, усилия направлены на повышение самооценки за счет усиления самоконтроля, следования социальным нормам (быть сдержанным, терпеливым, заботливым, понимающим, сочувствующим и т. д.), поведение ориентировано на поиск поддержки и помощи у коллег, стремление к сотрудничеству. Возможно, что поиск совета у коллег формирует убеждение в возможности преодоления аналогичных трудностей в будущем.

Низкие значения шкал «Социальное одобрение» (Гиссенский тест), «Отношение к себе», «IQ» (СМИЛ) указывают на снижение уровня самопринятия, пессимистическую оценку своих ресурсов, в том числе и интеллектуальных, по преодолению сложных профессиональных ситуаций, снижение самооценки и уверенности в себе. При этом высокие показатели шкалы «Отношение к работе» (СМИЛ) указывают на добросовестное отношение к своим профессиональным обязанностям, большую заинтересованность в результатах своего труда, стремление к тщательному следованию социальным нормам, выполнению заданных инструкциями действий. Однако недооценивается роль в организации собственной трудовой деятельности, главная роль отводится руководству, влиянию других членов коллектива, что в сочетании со склонностью воспринимать себя виновником неприятностей, неверием в возможность добиться успеха собственными силами, повышенной чувствительностью при установлении новых контактов и при общении с пациентами, обусловливает уязвимость в сфере профессиональных отношений.

По данным исследования, сферой субъективного приоритета является семейная сфера. Возможно, что повышение ответственности за то, как складываются отношения в сфере семейных отношений, проявление самостоятельности и настойчивости в решении семейных вопросов, является компенсацией испытываемой неуверенности в разрешении сложных профессиональных вопросов.

В общении с другими людьми наблюдается склонность к замкнутости, избирательность в контактах, субъективность в оценке людей и явлений,

стремление скрыть свои привязанности, высокая требовательность как к себе, так и к другим в плане соответствия моральным критериям, независимость взглядов, тенденция к доминированию, наличие организаторских способностей. Давление окружающих вызывает внутренний протест, в контакте с авторитетной личностью и с объектом привязанности проявляются черты зависимости, сочетающиеся с обостренным чувством собственного достоинства. В личностно-значимых ситуациях могут проявляться вспышки конфликтности.

В поведении активно проявляются обидчивость, обостренное чувство несправедливости, честолюбие, ревнивость, нетерпимость к возражениям, замкнутость, повышенная чувствительность к критике, требовательность к себе и к другим.

Устойчивость к профессиональному выгоранию

Данные ряда исследований представляют описания взаимосвязи личностных черт и субъективного переживания благополучия человека в его работе. Одна из таких моделей предложена К. Риффом (C. Ryff) [10]. В нее в качестве отдельных компонентов включены адекватная самооценка и уверенность в себе, личностная автономность, умение конструктивно взаимодействовать с социальной средой и умение устанавливать позитивные отношения с другими людьми, умение поддерживать личностный рост. Характеристики этих компонентов собраны в табл. 7.1.

Таблица 7.1. Компоненты субъективного ощущения благополучия

Компоненты	Описание
Адекватная самооценка	Положительное отношение к себе
Позитивное отношение к другим людям	Доверие к другим и забота об их благополучии, умение быть альтруистичным
Умение взаимодействовать с социальной средой	Наличие развитого самоконтроля, умение выбирать конструктивные поведенческие стратегии, соответствующие собственным ценностям
Личностный рост	Вера в свои способности и умение реализовать собственный потенциал

Все они имеют высокую внутреннюю согласованность, например, отмечается достаточно высокая взаимосвязь между оценками этих компонентов, удовлетворенностью своей работой и жизнью, а также степенью переживания эмоционального истощения и депрессии, типичных для синдрома профессионального выгорания у врачей.

Это согласуется с данными К. Купера о том, что среди причин, формирующих у врачей чувство профессионального удовлетворения, наиболее значимой является возможность реализовать собственную инициативу и свободу в выборе методов работы и условий ее развития.

Для предупреждения профессионального выгорания очень важна самооценка врачами их работы. Представляется вполне применимым в этом отношении замечание Жана де Лабрюйера: «За усердное и успешное исполнение своего долга человек вознаграждает себя удовлетворением, которое он по праву испытывает, и не заботится о похвалах, почете и признательности, в которых ему отказывают другие люди». Еще точнее необходимость позитивной самооценки своего труда выражает У. Оден: «Для того чтобы люди были счастливы в своей работе, им необходимо соблюсти три условия: они должны соответствовать занимаемому месту; они не должны работать чересчур много; они должны чувствовать, что добиваются успеха в своем деле — не слабую надежду на это, требующую подтверждения окружающих, чтобы превратиться в уверенность, а настоящую убежденность, ясное понимание того, что ими удачно выполнена большая работа, достигнуты реальные и ценные результаты, что бы ни говорил и ни думал об этом весь мир».

Одним из важных, возможно, даже важнейших факторов в развитии устойчивости к профессиональному выгоранию является умение врачей спокойно принимать различные неблагоприятные и неожиданные повороты и удары судьбы, связанные с жизнью и работой. Умение возвращать себе уверенность и восстанавливать прежнюю продуктивность в работе после спадов и неудач — это существенный аспект в управлении собственной профессиональной карьерой и достижении успехов в ней, поскольку все без исключения люди рано или поздно, чаще или реже испытывают трудности, проблемы и даже неудачи в своей работе. Постоянных и безусловных победителей здесь не бывает. Поэтому первым шагом к преодолению трудностей в работе врача должно быть осознание, что возникла не просто очередная неприятность, а понимание того, что за этим может стоять определенная проблема, которая нуждается в продуктивном анализе. Чтобы конструктивно и успешно противостоять различным кризисам, нужно прежде всего научиться не отрицать само существование проблемы в значимых для врачей профессиональных отношениях. Для решения проблем, связанных с работой и нередко реализующихся в профессиональный стресс, очень полезно понимать, что эти состояния практически никогда не возникают и не развиваются без определенного вклада самих медработников, связанного с их иррациональными когнитивными установками, эмоциональным и поведенческим реагированием. Еще одна рекомендация медицинским работникам, находящимся в процессе профессионального выгорания, может звучать так: «Научитесь не принимать происходящие неприятности в работе слишком

близко к сердцу», поскольку в этом очень часто нет их личной вины или недостаточной компетентности.

Очевидно, однако, что в такой ситуации человеку бывает трудно корректно оценить ситуацию, в которой он находится, и конструктивно ее разрешить, используя для этого различные личностные ресурсы (уровень самооценки, адаптивные копинг-стратегии, формирование адекватной социальной поддержки среди коллег и др.). Если врач не переоценивает, не драматизирует свой «личный вклад» в развитие трудностей в работе и не «нагружает» ее различными иррациональными установками, в частности идеями перфекционизма в работе, преувеличения последствий при отдельных неудачах, неуклонной ответственности за все, что происходит вокруг, то это может помочь ему в целом снизить уровень эмоционального напряжения и, соответственно, будет способствовать профилактике профессионального выгорания и предупреждению его неблагоприятных последствий.

Список литературы

1. *Гришина Н. В.* Помогающие отношения: профессиональные и экзистенциальные проблемы // Психологические проблемы самореализаци личности. СПб., 1997.
2. *Cooper C., Rout U., Faragher B.* Mental Health, Job Satisfaction and Job Stress among General Practitioner // Brit. Med. J. 1989.
3. *Гичев И. М., Зейналова Д. К., Николаев К. Ю.* Оценка состояния здоровья медицинских работников, их знаний и мотивации в области первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в условиях муниципальной больницы Новосибирска // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 2006. № 5.
4. *Винокур В. А., Рыбина О. В.* Интегративные механизмы формирования профессионального стресса у врачей. Интегративная медицина. Материалы II национального конгресса. СПб., 2005.
5. *Lazarus R. S., Folkman S.* Stress, appraisal and coping. New York, 1984.
6. *Винокур В. А.* Психосоматические механизмы развития сердечно-сосудистых заболеваний: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. СПб., 2002.
7. *Березин Ф. Б.* Психологическая и психофизиологическая адаптация человека. Л., 1988.
8. *Бодров В. А.* Психологический стресс. М., 1995.
9. *Ташлыков В. А.* Психологическая защита у больных неврозами и психосоматическими расстройствами: Пособие для врачей. СПб., 1997.
10. *Ryff C., Keyes C.* The structure of psychological well-being revisited // J. Personality Soc. Psychology, 1995.

Глава 8

Психосоциальные факторы развития и коррекции избыточного веса

Эпидемиология, классификация и диагностика избыточного веса и ожирения

В настоящее время проблема избыточного веса становится одной из значимых в связи с высокой распространенностью, ранней инвалидизацией и снижением продолжительности жизни населения. Избыточный вес и ожирение относят к хроническим рецидивирующим состояниям, для которых характерен метаболический дисбаланс, избыточное накопление жира в местах его физиологических отложений, высокая вероятность рецидива после окончания курса лечения. Вместе с тем, существует и иное мнение, рассматривающее ожирение как физиологическую реакцию организма на образ жизни индивидуума.

Показатели заболеваемости ожирением в разных странах отличаются друг от друга вследствие различных условий жизни, традиций питания, особенностей национальной культуры, этногенеза и религиозных взглядов. В экономически развитых странах от 10% до 30% населения имеет избыточный вес, а в возрасте старше 40 лет ожирение различной степени тяжести выявляется у 40–60%. Число лиц, имеющих избыточный вес, увеличивается в среднем на 10% за каждые 10 лет. Следует отметить, что при сохранении данной тенденции к середине XXI в. практически все население экономически развитых стран будет страдать избыточным весом.

Столь интенсивный рост числа больных обусловлен, прежде всего, тем, что ожирение — явление социально-психологическое. Оно напрямую связано с образом жизни человека, формирующимся под влиянием научно-технического прогресса, урбанизации, компьютеризации и т. д. Перечисленные факторы способствуют возникновению гиподинамии, дистресса, а отсутствие культуры питания (переедание), незнание физиологии собственных обмен-

ных процессов и качество потребляемых продуктов приводят, в свою очередь, к распространению избыточного веса среди широких слоев населения.

В настоящее время выделяют первичную (алиментарно-конституциональную) и вторичную (симптоматическую) формы ожирения. Для 5% случаев заболевания характерна вторичная форма, включающая в себя эндокринно-метаболическое (ожирение при синдроме Иценко—Кушинга, при гипотиреозе и инсуломе) и церебральное ожирение (органическое поражение головного мозга опухолевого, травматического, инфекционного или сосудистого генеза). Для вторичных форм ожирения характерно уменьшение массы тела при успешном лечении основного заболевания.

К первичной (алиментарно-конституциональной) форме ожирения относится 90–95% всех случаев избыточного веса. В ее основе лежит нейрохимический дефект церебральных систем, регулирующих пищевое поведение и процессы жирового обмена, при этом особая роль в нарушении функций отводится стрессовым факторам. Стрессовое напряжение реализуется в результате нейроэндокринных и вегетативных сдвигов, приводящих к замедлению липолиза и усилению липогенеза.

В зависимости от прогредиентности развития ожирения выделяют прогрессирующее, регрессирующее и стабильное течение заболевания. В зависимости от характера распределения жировой ткани различают абдоминальный (верхний, висцеральный, андроидный) тип с преимущественным отложением жира под кожей живота и внутри брюшной полости, гиноидный (глютеофеморальный или нижний) и смешанный типы ожирения. Гиноидный тип характеризуется отложением жира в области бедер и ягодиц. Риск развития сопутствующих заболеваний (ИБС, артериальная гипертензия, атеросклероз, стеатоз печени, инсулинорезистентность и др.) зависит от особенностей распределения жировой клетчатки больше, чем от степени ожирения. В последнее время особое клиническое значение придают абдоминальному ожирению, при котором риск возникновения осложнений как у мужчин, так и у женщин значительно выше.

В настоящее время отсутствует единый подход к определению факта избыточного веса в каждом конкретном случае и выявлению критериев ожирения. Наиболее часто используется избыток общей массы тела по отношению к норме, установленной статистически. При этом под нормальной подразумевается величина массы тела, повторяющаяся наиболее часто и соответствующая средней величине в популяции. В отечественной медицине принято определять избыток веса по таблице идеального веса (в возрасте старше 25 лет) В. Г. Баранова или таблице предельно допустимой массы тела в зависимости от возраста и роста М. Н. Егорова и Л. М. Левицкого. Любое превышение табличного значения принято считать избыточным весом. Факт ожирения имеет место, когда избыток веса превышает норму более чем на 10%.

В настоящее время на Западе широко используется показатель идеальной массы тела. Этот показатель был разработан по заказу медицинских страховых компаний для определения, при какой массе тела наступление страховых случаев (заболевание или летальный исход) наименее вероятно. Таким образом, границы нормы и патологии массы тела устанавливаются в зависимости от степени негативного влияния избыточного или недостаточного веса на состояние здоровья и смертность в популяции.

Описываются разные способы расчета нормальной или идеальной массы тела. При этом наиболее известен индекс Кетле:

$$\text{ИМТ} = M/P^2,$$

где M — масса тела в килограммах; P — рост тела в метрах.

Например, в медицине США принято, что ИМТ > 25,0 кг/м^2 у лиц в возрасте 19–35 лет и ИМТ > 27,0 кг/м^2 у лиц в возрасте старше 35 лет трактуется как наличие избыточного веса и ожирения. Несколько иные подходы к определению избыточной массы тела и ожирения по индексу Кетле приняты в медицине западно-европейских стран и России, где предлагается относить к ожирению только те случаи, когда индекс Кетле превышает 30,0 кг/м^2.

Следует отметить, что величиной, во многом определяющей тяжесть течения заболевания, является не столько собственно вес тела, сколько избыток жировой массы. Такая величина может существенно различаться даже у больных, имеющих одинаковый возраст, рост и вес. В этой связи актуальна разработка и внедрение в клинику диагностических приемов, направленных на определение состава тела, а именно массы жировой ткани. Предложено несколько способов определения содержания жира в организме, однако в клинической практике в основном применяется колиперометрия.

Механизмы регуляции массы тела и развития ожирения

В настоящее время не существует однозначного определения концепции избыточного веса. В ходе многолетних исследований она неоднократно претерпевала существенные изменения вследствие трансформации представлений о биохимических процессах организма и механизмах регуляции обмена веществ.

Вероятность развития ожирения и степень его тяжести определяются как факторами внешней среды, так и генетическими механизмами. Чувство голода, насыщения, расходование энергии и вес зависят от регуляторных механизмов, функционирующих по принципу обратной связи между центральной и вегетативной нервной системами, эндокринными железами и жировой тканью. Жировая ткань, составляющая в норме 15–20% от массы

тела у мужчин и 20–30% у женщин, — это метаболически активный орган, контролируемый нейроэндокринной системой и выполняющий существенную роль в поддержании гомеостаза организма.

Количество жировой ткани в организме регулируется процессами липолиза и липогенеза. Патология гомеостатических механизмов регуляции приводит к преобладанию процессов липогенеза над липолизом, к дальнейшей трансформации обменных процессов и нарушению энергобаланса организма. Положительный энергетический баланс является следствием чрезмерного потребления энергии и (или) снижения энергозатрат. Общие энергозатраты складываются из трех компонентов: основной обмен, индуцированный приемом пищи, термогенез и энергозатраты на физическую работу. Большинство потребляемой энергии (60–70%) расходуется на поддержание жизненно важных физиологических функций в состоянии покоя (основной обмен), на термогенез (15%) и физическую активность.

В поддержании положительного энергетического баланса и увеличении массы тела актуальна роль низкой физической активности, особенно в сочетании с перееданием. Физическая активность является наиболее изменчивой составляющей суточной траты энергии, полностью зависящей от образа жизни и психосоциальных установок индивида. Больные с ожирением, как правило, ведут малоподвижный образ жизни. Так, увеличение массы тела с возрастом, а также ожирение у бывших спортсменов после их ухода из большого спорта можно частично объяснить снижением физической активности. Таким образом, принимая во внимание патогенез развития заболевания, представляется оправданным учитывать в терапии избыточного веса такие составляющие энергозатрат, как термогенез и физическую активность.

Существует зависимость между составом употребляемой пищи и скоростью увеличения массы тела. Диета с высоким содержанием жиров стимулирует процессы накопления жира. При этом увеличение массы тела происходит в основном за счет аккумуляции жиров, что определяется невозможностью их тотального окисления.

На основании изложенного следует отметить, что важнейшими методами профилактики и лечения ожирения остаются уменьшение энергетической ценности ежедневно потребляемой пищи (преимущественно за счет жиров) и стимуляция окисления жировых запасов обеспечением достаточного уровня физической активности.

Вместе с тем, в развитии ожирения, его терапии и профилактики, помимо нарушения обменных процессов, наследственной предрасположенности и изменения энергобаланса организма, большую роль играют психосоциальные факторы.

Согласно нейроэндокринной теории, ведущую роль в механизме развития избыточного веса играет гиперстимуляция или гиперсенсибилизация гипоталамо-гипофизарной системы под воздействием факторов внешней

среды (длительный стресс, злоупотребление алкоголем в сочетании с перееданием и низкой физической активностью) у лиц с наследственной предрасположенностью. Переедание как тип пищевого поведения имеет место у лиц с избыточной массой тела, испытывающих хронический дистресс, склонных компенсировать негативные эмоции и недовольство собой посредством чрезмерного употребления пищи.

Так, механизм широко распространенного пристрастия к сладкому при пониженном настроении и в стрессовых ситуациях заключается в следующем. В ответ на повышение уровня глюкозы в крови повышается количество инсулина, приводящего к увеличению содержания триптофана в нейронах коры головного мозга. Триптофан является предшественником серотонина, который, в свою очередь, поднимает настроение человека, создавая при этом ощущение эйфории.

Особенности психосоциальной адаптации лиц с избыточным весом

Культуральные ценности, традиции и взгляды на благополучие, красоту и привлекательность влияют на отношение общества к проблеме избыточного веса, внешнему виду людей, пищевому поведению, соблюдению диеты и профилактике гиподинамии. Существующая система общественных социальных стереотипов, особенностей национальной культуры, семейных традиций в питании, этногенеза и религиозных взглядов населения является контекстом формирования пищевого поведения, которое может вызвать избыточный вес и ожирение.

Предубежденное отношение к тучным людям — явление, глубоко укоренившееся в культуре экономически развитых стран. До настоящего времени в обществе преобладает мнение, что избыток веса есть наказание за чревоугодие, лень, праздный образ жизни. В связи с этим отношение к полным на бытовом уровне очень часто имеет оттенок порицания или иронии.

В то время как дискриминация по этническому, расовому и половому признаку считается недопустимой, зачастую встречаются случаи дискриминации полных людей. Так, лица, страдающие ожирением, сталкиваются с большими трудностями при приеме на работу, в личной жизни, а грубые шутки о тучных людях типичны для юмористических изданий. В ряде стран стоимость медицинской страховки дифференцируется в зависимости от выраженности избыточного веса у человека.

Имеет место обратная зависимость между социальным положением индивидуума и весом его тела. Во многих американских и европейских культурах представители высших слоев общества обычно имеют более низкий вес

тела, чем представители низших социальных слоев. При этом в ряде других этнических культур отмечена противоположная зависимость.

Также культуральные различия в восприятии и оценке форм тела связаны с отношением к питанию. Например, у американцев европейского происхождения отмечена бóльшая склонность к нерегулярному питанию и неправильной диете и, соответственно, более высокая степень неудовлетворенности своим телом, чем у азиато- и афроамериканцев. У белых женщин, по сравнению с чернокожими, более выражена связь низкой самооценки с привычкой к нерегулярному питанию и неудовлетворенностью своим телом, а неправильное питание, в свою очередь, связано с депрессией и тревожностью.

Изучение гендерных различий показывает, что женщины подвержены избыточному весу и ожирению гораздо чаще мужчин. Эти различия, как правило, обусловлены наследственными факторами и половыми особенностями. В жизни женщин основные периоды, такие как период наступления половой зрелости, беременность и менопауза, связаны с увеличением веса. До наступления половой зрелости жировая прослойка у девочек на 10–15% больше, чем у мальчиков, а после наступления — вдвое больше. Во время беременности половые гормоны также способствуют накоплению жиров. Природа таким образом защищает будущую мать и ребенка на случай голода. Мальчики также набирают вес во время наступления половой зрелости, но увеличение идет главным образом за счет костно-мышечной системы.

У женщин в целом скорость обмена веществ ниже, чем у мужчин. Постоянное соблюдение диеты, распространенное среди женщин, затрудняет снижение веса, так как в ответ на малокалорийную диету, которую организм воспринимает как «голод», обмен веществ меняется в сторону обеспечения организма жирами. Мужчины быстрее сбрасывают вес, так как свойственная им бóльшая мышечная масса приводит к усиленному сгоранию жиров.

Проблема избыточного веса для женщин более значима в связи с тем, что в обществе принято уделять их внешнему виду гораздо большее внимание, чем внешнему виду мужчин. Значительный вклад в рост числа нарушений пищевого поведения вносят современные западные стандарты женской привлекательности, которые вынуждают женщин уделять особое внимание своей внешности. Так, например, в США среди женщин обеспокоенность избыточным весом приобрела характер «национальной идеи». Выявлена особая роль социальных факторов в возникновении избыточного веса у женщин, связывающих со своей внешностью неустроенность в личной жизни, проблемы в интимной сфере, конфликты в семье и на работе.

При анализе поведения в конфликтной ситуации выявлено гармоничное отношение к окружающим только у 4% женщин с избыточным весом. Полные женщины в общении более ориентированы на внешние атрибуты и нормы поведения, чем мужчины. Они внушаемы, конформны, социально

ориентированы, чувствительны к критике и зависимы от замечаний окружающих. При исследовании влияния межличностных проблем на успешность лечения от избыточного веса выявлена низкая эффективность терапии тех пациенток, которые отрицают у себя наличие агрессивности и такой поведенческой стратегии, как социальное избегание.

Существующие в обществе негативные установки и ожидания по отношению к внешнему виду выступают важным аспектом половой принадлежности. Действительно, мужчины и женщины с избыточным весом, теряя признаки маскулинности и фемининности, становятся менее привлекательными, чем даже лица с деформациями и дефектами. В этой связи важно, что лица с избыточным весом также считают себя малопривлекательными. Отношение к себе и самовосприятие в значительной степени формируется на основе оценок окружающих, поэтому полные люди, особенно женщины, с раннего возраста имеют сниженную самооценку. Для многих людей проблема избыточного веса — это не только проблема со здоровьем, затруднение в выборе одежды, сложности во взаимоотношениях с противоположным полом, но и чувство стыда, бессилия, собственной неполноценности и даже отвращения к себе в результате «победы» аппетита над силой воли.

Избыточный вес нередко ассоциируется у окружающих с негативными чертами характера. Полные люди воспринимаются как менее умные, им свойственна недостаточная самодисциплина и мотивация к снижению веса. Для лиц с нарушенной системой питания характерно сужение круга общения, проблемы в интимной сфере, им трудно создать семью. Они оценивают качество своей жизни так же низко, как и люди, страдающие онкологическими заболеваниями. Причина — пренебрежительное отношение со стороны других, а также обусловленные ожирением проблемы со здоровьем, повышенная утомляемость, сексуальные расстройства, депрессия.

Исследования, посвященные взаимоотношению пищевого поведения, избыточного веса и сексуальности, весьма малочисленны и имеют в ряде случаев противоречивые результаты. По некоторым данным, полные женщины обладают более выраженными сексуальными потребностями, чем стройные. Согласно другой точке зрения, с одной стороны, избыточный вес является средством защиты от сексуальных притязаний и интимных взаимоотношений, а с другой стороны, переедание служит для вытеснения неудовлетворенных сексуальных потребностей. Известно, что от 30% до 60% женщин, страдающих нарушениями пищевого поведения, подвергались сексуальным оскорблениям в детстве или подростковом возрасте.

Проблему сексуальности у женщин с избыточным весом можно рассматривать в трех аспектах:

- в отношении влияния избыточного веса на самооценку и уверенность в себе;

- в отношениях с противоположным полом и влияние на чувство комфорта во время сексуальной активности;
- в отношении взаимосвязи избыточного веса и нарушений пищевого поведения с выраженностью сексуального влечения, с установками и психологическим благополучием в сфере интимных отношений.

Полные женщины, состоявшие в постоянных взаимоотношениях с мужчиной, имеют более высокую самооценку и удовлетворенность собой. Вместе с тем, одинокие женщины считают свой вес основной причиной отсутствия взаимоотношений с противоположным полом. Полные женщины чувствуют себя более скованно при обсуждении интимных вопросов со своими партнерами, считают себя физически более непривлекательными по сравнению со стройными. Они также считают, что при наличии иных внешних данных выбирали бы других партеров, могли бы иметь интимные отношения гораздо чаще и что их сексуальные потребности не удовлетворены.

Вместе с тем, установлено, что ожирение само по себе не оказывает влияния на сексуальное функционирование женщин. Детерминирующим фактором при этом являются установки полных по отношению к своему телу и своей сексуальности. По данным ряда исследований, озабоченность своей внешностью оказывает влияние на состояние комфорта во время интимного контакта, что, в свою очередь, влияет на получение сексуального удовлетворения. В противном случае недовольство своим телом приводит к избеганию сексуальных контактов из-за чувства неловкости. Чем более привлекателен образ тела, тем ниже стеснительность и выше сексуальная удовлетворенность. Негативный образ тела предопределяет боязнь интимных отношений, вызывая застенчивость, неумение флиртовать, чувство стыда и неумение инициировать сексуальный контакт.

Индивидуально-психологические особенности лиц с избыточным весом

Недостаточное внимание к индивидуально-психологическим особенностям и психовегетативным нарушениям при ожирении в ряде случаев приводит к отказу от лечения или рецидиву заболевания. В связи с этим необходима превентивная диагностика ряда психологических параметров, таких как индивидуально-личностные характеристики, защитно-совладающий стиль, наличие или отсутствие аффективных расстройств для целенаправленной психокоррекции лиц с избыточным весом.

В настоящее время имеется множество разрозненных и противоречивых фактов, описывающих психологические и социально-психологические характеристики лиц, страдающих ожирением. При этом каких-либо общих

для всех личностных параметров выявлено не было. Однако у полных людей независимо от возраста более всего страдает уверенность в себе, часто снижено настроение, они чрезмерно полагаются на мнение других людей, склонны приспосабливаться, доверчивы и охотно соглашаются на применение любых средств, которые реклама рекомендует для лечения избыточного веса. Лица с избыточным весом склонны к инфантильным притязаниям и симбиотическому поведению с другими людьми: утрата и разлука для них зачастую невыносимы. Они могут быть апатичны, депримированы, пессимистичны, импульсивны и конфликтны, испытывать чувство одиночества и отчаяния.

До настоящего времени практически не изучалась проблема формирования личности и самосознания (Я-концепция) в связи этиологическими, патогенетическими и клиническими факторами, которые лежат в основе избыточного веса. Известно, что Я-концепция рассматривается как центральная организующая и регулирующая структура, интегрирующая телесный и психический опыт, образующая идентичность личности и определяющая характер взаимодействия субъекта со средой. Однако не выявлены особенности патологической перцепции, взаимосвязь между образом физического Я, сформированного в процессе социального взаимодействия, его формально-структурных характеристик с самооценкой и самоотношением у лиц с избыточным весом. По мнению Е. Креславского [1], психологические механизмы и условия формирования образа физического Я у полных людей определяются самоощущениями и тесным образом связаны с социальным взаимодействием и социальными установками.

К примеру, внешние данные в иерархии ценностей женщин играют ведущую роль и наиболее значимы в поддержании высокой и устойчивой самооценки. Неудовлетворенность своей внешностью приводит к сильному эмоциональному дискомфорту и затяжному стрессовому состоянию. Женщины в большей степени, чем мужчины, ориентированы на мнение окружающих и нуждаются в одобрении и эмоциональной поддержке. Рассматривая этот вопрос с точки зрения возрастных категорий, следует отметить, что у мальчиков изначально существует защита от негативного образа тела, вызывающего нарушения пищевого поведения. В то время как у девочек прибавка в весе в основном обусловлена увеличением жировых тканей, прибавка в весе у мальчиков происходит за счет роста мышечной массы. Поэтому у мальчиков отсутствует необходимость соблюдать диету и нет стресса, связанного с ее нарушением.

Установлена связь между неудовлетворенностью телом и эмоциогенным нарушением пищевого поведения и перееданием. Результаты исследований подтверждают, что лица с избыточным весом неточно воспринимают внутренние ощущения. Будучи обеспокоены или расстроены, они

зачастую ошибочно думают, что испытывают чувство голода, и реагируют, как обычно, т. е. начинают употреблять пищу.

Сложность в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями является одним из компонентов алекситимии — сниженной способности к вербализации эмоциональных состояний. В ряде отечественных работ выявлено наличие алекситимии у женщин с избыточным весом, ее высокая распространенность в сочетании с депрессией, что затрудняет терапию ожирения [2, 3].

Недостаточная эффективность традиционных методов терапии вызывает необходимость применения личностно-ориентированных стратегий в психотерапии, что требует углубленного изучения структурных аспектов личности пациентов с избыточным весом. Обследование группы женщин с избыточным весом с помощью Я-структурного теста Аммона (ISTA) выявило наличие структурного личностного дефекта, по отношению к которому повышенная потребность в еде носит заместительно-компенсаторный характер. Результаты тестирования показали превышение значений по шкалам деструктивной агрессии, страха, нарциссизма и внутреннего Я-отграничения, а также дефицитарного внешнего и внутреннего Я-отграничения и нарциссизма [4]. Деформация ряда центральных Я-функций свидетельствует о низкой способности больных к отграничению Я от внутренних и внешних объектов и о негативной самооценке. В связи с этим нарушение пищевого поведения можно рассматривать как способ аутоагрессивного восполнения структурного дефицита, укрепления границ Я, нарциссической поддержки и защиты от негативных чувств.

У женщин с избыточным весом выявляется повышенная чувствительность к негативно-эмоциональным стимулам, которые они склонны оценивать как более стрессогенные. Имеет место связь между стрессом и нарушениями пищевого поведения, служащими способом совладания с негативными эмоциями. Так, например, булимия вызывает облегчение эмоционального состояния. По данным Т. Г. Вознесенской [5], обострение хронической психотравмирующей ситуации (с преобладанием психических травм в интимно-личностной сфере) приводит к перееданию. Для женщин с избыточным весом характерны следующие реакции на стресс: избыточное употребление пищи и жидкости, прием алкоголя, курение, повышение сонливости и полового влечения.

Установлено, что у молодых женщин увеличение веса имело место после следующих жизненно важных событий: замужества — в 27%; перемены места работы или жительства — в 23%; психотравмы — в 21%; родов — в 18% [6].

Для женщин с нарушениями пищевого поведения при воздействии стресса характерно использование малоадаптивных копинг-стратегий. Так, исследования Л. Хатфорда (L. Shatford) и Д. Эванса (D. Evans) [7] показали, что женщины, имеющие нарушения пищевого поведения, применяют эмо-

ционально-фокусированный копинг или стратегию избегания и проявляют нежелание обсуждать свои проблемы с окружающими. Эти данные подтверждены отечественными исследованиями, которые объясняют причину скрытности женщин с избыточным весом. У полных женщин, по сравнению с женщинами с нормальной массой тела, были выявлены достоверные различия по шкалам «Отрицание», «Вытеснение» и «Реактивное образование». «Вытеснение» не допускает в сознание мыслей, желаний, чувств, которые являются психотравмирующими по причине их социальной неприемлемости. Действие механизмов защиты по типу «отрицания» заключается в игнорировании болезненной реальности, таких факторов поведения больного, его мыслей и чувств, которые приводят к психоэмоциональному напряжению. В свою очередь, защитный механизм по типу «реактивное образование» приводит к тому, что психотравмирующие переживания и проблемы отодвигаются на второй план, в то время как повышение самооценки является более значимым для такой личности. Использование вышеуказанных механизмов психологической защиты характерно для тех лиц с избыточным весом, эмоциональное напряжение которых связано с межличностным функционированием. Пищевое поведение в этом случае является средством коммуникации и связано с представлением о престижности пищи. Выявленные личностные особенности могут являться причиной, по которой негативное воздействие переедания на организм игнорируется [8].

По данным отечественных исследований [9], у пациенток с нарушениями пищевого поведения и избыточным весом выявляются такие копинг-стратегии, как «компенсация», «эмоциональная разгрузка» и «пассивная кооперация». А у пациенток с психогенным перееданием и пациенток с депрессивной симптоматикой — «активное избегание», «компенсация», «самообвинение», «агрессивность». Установленные особенности защитно-совладающего стиля личности, являющиеся мишенями для психокоррекционной работы, позволяют сделать ее более целенаправленной и действенной.

Клиника ожирения и нарушений пищевого поведения

Клинические проявления алиментарно-конституциональной формы ожирения зависят от тяжести функциональных нарушений, степени и наличия сопутствующих заболеваний. При легких степенях ожирения больные, как правило, жалоб не предъявляют, и обычно не удовлетворены только своей внешностью. Для более выраженного ожирения характерно сочетание симптомов нарушения в психической и соматической сферах. К соматическим симптомам относятся следующие: одышка сначала при физической нагрузке, а затем в состоянии покоя, сердцебиение, боли в области сердца, го-

ловные боли, головокружение, потливость, боли в суставах, позвоночнике, отеки нижних конечностей (лимфостаз). При выраженном ожирении возможна мышечная атрофия, гирсутизм, розовые стрии с формированием белых рубцов. Сосудистые и обменные нарушения при ожирении, а также более высокий уровень нагрузки способствуют повышению риска и частоты развития заболеваний опорно-двигательного аппарата — развитию остеопороза, остеохондроза позвоночника и обменно-дистрофического полиартрита. Высокое стояние диафрагмы, гиповентиляция, гиподинамия способствуют развитию различных воспалительных заболеваний бронхолегочной системы, синдрома ночного апноэ. Больные ожирением предрасположены к дискинезии желчного пузыря, хроническому холециститу, желчнокаменной болезни, панкреатиту с ферментативной недостаточностью, колитам. При выраженном ожирении чаще встречается жировая дистрофия печени, мочекаменная болезнь, подагра, рак легких, рак предстательной железы и толстой кишки, снижение потенции.

У женщин с избыточным весом чаще встречаются рак тела матки, яичников, шейки матки, желчного пузыря и молочных желез, часто наблюдаются нарушения менструально-овариальной функции и бесплодие, поликистоз яичников, раньше наступает менопауза. При этом своевременная коррекция массы тела у женщин в ряде случаев может привести к нормализации цикла и к восстановлению фертильности. Уменьшение веса более чем на 9 кг у женщин приводит к снижению смертности от рака на 40–50% и от сахарного диабета — на 30–40%.

Психопатологическая картина ожирения представлена слабостью, повышенной утомляемостью, снижением памяти и работоспособности, раздражительностью, сниженным настроением, сонливостью днем и бессонницей ночью. Также для клинической картины ожирения характерны нарушения пищевого поведения, рассматриваемые как в рамках субклинических проявлений нарушения пищевых паттернов, так и клинически оформленной патологии пищевого поведения невротического или психотического уровня.

У половины больных с нарушенной системой питания на фоне стресса наблюдается выраженное переедание, гиперфагическая реакция на стресс. Чаще других называют следующие причины, приводящие к избыточному весу:

- фрустрация при утрате объекта любви (причиной может быть утрата близкого человека, разлука с сексуальным партнером или уход из родительского дома; дети часто реагируют повышенным аппетитом при рождении младшего ребенка в семье);
- сниженное настроение, гнев, страх перед одиночеством и чувство пустоты;

- ситуации, в которых сочетаются опасность и повышенная активность, требующая чрезмерного напряжения (например, подготовка к экзаменам, ситуация войны).

В этих ситуациях еда может иметь значение замещающего удовлетворения. Она служит для укрепления связей, безопасности, ослабляет чувство утраты, разочарования, как у ребенка, который с детства запомнил, что при боли, болезни или дискомфорте ему давали сладости для утешения.

Пищевая потребность является одной из первичных биологических потребностей и направлена на поддержание гомеостаза организма. Однако ежедневный рацион питания человека не ограничивается только потреблением питательных веществ, необходимых для поддержания его активности. Едой нередко злоупотребляют в целях удовлетворения широкого спектра непищевых потребностей. Установлено, что не только биологические причины лежат в основе переедания. Оно также возникает в ответ на психоэмоциональное напряжение и является одной из форм выражения культуральных, национальных, социальных и личностных особенностей индивидуума.

Под пищевым поведением понимается стандартный стереотип питания, отношение к приему пищи, а также ориентация на формы и размеры собственного тела и стремление к его формированию. Принимая во внимание то, что мотивация представляет собой осознаваемую причину, лежащую в основе выбора действий и поступков личности, пищевое поведение можно рассматривать как поисковую активность, связанную с мотивацией приема пищи.

Пищевое поведение, как процесс принятия пищи конкретным индивидуумом, имеет несколько составляющих: физиологическую (особенности переваривания пищи), нутрициологическую (выбор продуктов, обеспечение организма нутриентами), психологическую (пищевые предпочтения, влияние личностных особенностей на специфику питания, особенности влияния питания на психику и поведение), семейную (семейные обычаи и т. д.) и социокультуральную (традиции, этикеты, пищевые табу).

Пищевые привычки определяются традициями семьи и общества, религиозными представлениями, жизненным опытом, советами врачей, модными культами питания, экономическими и личностными причинами. Пищевое поведение человека с самого рождения связано с межличностным взаимодействием. Потребление пищи представляет собой неотъемлемую составляющую процесса общения, проведения различных мероприятий, формирования деловых и дружеских взаимоотношений.

Психолог Е. Креславский [10], рассматривая психосоциальные аспекты ожирения, выделил одиннадцать видов пищевого поведения, каждое из которых может выступать как средство поддержания гомеостаза, релаксации, самоутверждения, компенсации, награды, коммуникации, защиты и др.

Количество, качество и частота приема пищи определяются соответственно чувством голода, аппетитом и чувством насыщения. Чувство голода — это совокупность неприятных переживаний, связанных с ощущением пустоты и спазмов желудка и инстинктивного ощущения необходимости приема пищи. Голод зависит от высокого уровня инсулина в крови: частое употребление пищи и гиперфункция желудочно-кишечного тракта приводят к гиперинсулинемии, гипогликемии и повышению аппетита. В связи с этим происходит повышение липогенеза и накопление триглицеридов в жировых клетках. По данным ряда исследований, чувство голода также зависит от температуры окружающей среды. Необходимо различать голод как физиологическое состояние и как психологический акт перцептивного осознания состояния голода. Голод как психологическое переживание выражается в неприятном, приковывающем внимание ощущении в верхней трети живота вследствие сокращения мышечной стенки пустого желудка и вызывает поисковую активность с целью облегчения дискомфорта. Для лиц, страдающих избыточным весом, характерна неспособность к различению чувства голода и других эмоциональных состояний, в результате чего они реагируют на любой стресс как на голод.

Аппетит представляет собой положительное эмоциональное состояние, связанное с мотивацией человека на прием определенного вида пищи. Аппетит в большей степени зависит от отношения к пище и может изменяться под воздействием различных условных раздражителей.

Прекращение приема пищи, вызванное отсутствием желания есть, сопровождается насыщением и сытостью. Сытость — это состояние, при котором желание поесть подавляется на некоторое время. Существуют четыре стадии достижения сытости: сенсорная, когнитивная, после принятия пищи и после ее усвоения. Регулярное прекращение приема пищи после ее усвоения, при повышении питательных веществ в крови, неизбежно приводит к перееданию и избыточному весу.

Пищевое поведение человека включает нормальные пищевые паттерны, эпизодические пищевые расстройства и патологическое пищевое поведение. Однако это разделение не отражает всего многообразия нарушений пищевого поведения. Существует множество вариантов субклинических проявлений нарушений пищевых паттернов, включающих переедание, патологический голод, «перекусывания», самоограничение в питании и стратегии, компенсирующие переедание. Выделяют также эмоциогенное, экстернальное и ограничительное пищевое поведение.

Такое состояние, при котором поступление энергии превышает расход, называется перееданием. Так называемое «перекусывание» характеризуется дополнительным приемом пищи — более 5 раз в сутки или когда калорийность пищи, связываемой с «перекусыванием», составляет более 25% дневного потребления калорий.

Эмоциогенное пищевое поведение наблюдается в связи со стрессом или эмоциональным дискомфортом. По данным отечественных исследований, в процессе формирования эмоциогенного пищевого поведения основную роль играют:

- нейрофизиологические особенности, в которых преобладают лимбические системы активации;
- неправильное научение в детстве, вызвавшее отсутствие дифференциации побуждений различных модальностей;
- такие личностные особенности, как склонность к эмоционально-аффективным реакциям, психический инфантилизм, преобладание таких механизмов психологической защиты, как «регрессия» и «смещение».

Исследователь А. Вахмистров [2] выделяет следующие градации эмоциогенного пищевого поведения: перманентное эмоциогенное пищевое поведение, компульсивное пищевое расстройство и синдром ночной еды. По его мнению, в их основе лежит серотонин-ергическая дисфункция. Для эмоциогенного пищевого поведения характерно становление в детском возрасте, высокий уровень депрессии и тревоги, ипохондрический синдром, преобладание таких механизмов психологической защиты, как «регрессия» и «смещение».

Компульсивное пищевое расстройство выделено отдельной рубрикой в DSM-IV и встречается в 19–25% случаев среди больных с ожирением. Главный критерий этого расстройства — пароксизмальность приема пищи. Оно характеризуется амбивалентностью приступов переедания, как снимающих психоэмоциональное напряжения, так и являющихся фактором стресса, вызывающего чувство вины, отвращения к себе, страх перед невозможностью остановить прием пищи. Для компульсивного пищевого расстройства свойственны низкая активность в отношении поиска способов лечения, вегетативная симптоматика, высокий уровень депрессии и тревоги и низкий уровень механизмов психологической защиты.

Для синдрома ночной еды, выделенного А. Штункардом (A. Stunkard) в 1953 г., характерны следующие диагностические критерии: вечерняя и/или ночная гиперфагия; утренняя анорексия; нарушение сна. Распространенность данного синдрома среди больных ожирением до 9% и около 1,5% в популяции. Эту модель пищевого поведения проявляет значительная часть людей с ожирением и относительно мало людей с нормальной массой тела.

Экстернальное пищевое поведение определяется повышенной чувствительностью к внешним стимулам, стимулирующим употребление пищи. Некоторые люди хотят есть под воздействием внешних (экстернальных) стимулов: вида, запаха еды или времени приема пищи, другие — реагируя на

внутренние (интернальные) стимулы, такие как желудочные спазмы, содержание глюкозы и жира в крови. Экстернальность может быть соотнесена с мотивацией к еде, однако между ней и весом человека однозначного соответствия нет, что, по-видимому, обусловлено различиями в уровне самоконтроля, доступности пищи, в интенсивности протекания метаболических процессов.

Ограничительному пищевому поведению свойственно поддержание желаемого веса с помощью действий, направленных на сокращение потребления калорий. Это сознательное замещение питания, регулируемого чувством голода, распланированным употреблением пищи с когнитивно-детерминируемыми диетическими ограничениями.

В настоящее время существует несколько гипотез возникновения переедания. Нарушение толерантности к стрессовым воздействиям и неадаптивность копинг-стратегий характерны для невротического уровня расстройств у лиц с избыточным весом. Длительные стрессовые воздействия приводят к изменениям психического состояния, выражающимся в нарушении иерархии значимости отношений, исчезновении свойственных прежде оценок, подходов в межличностных взаимоотношениях и т. п.

Невротические переживания, возникающие при стрессе, мобилизуют механизмы психологической защиты, такие как отрицание, вытеснение и реактивное образование, которые, в свою очередь, редуцируют тяжесть эмоционального переживания, в том числе и неосознаваемого. Так, например, тревога или навязчивый страх могут сочетаться с ритуальным поведением в питании, которое снимает выраженность эмоционального напряжения.

Неуверенность в себе, недовольство своим внешним видом, иногда граничащее с непринятием себя, конфликтность или, наоборот, апатичность и пессимизм, отсутствие активного противостояния болезни являются характерными особенностями поведения полных людей. Они ограничивают себя в общении, «утешают» себя едой, однако процесс еды снимает негативно окрашенные аффекты только на короткий период времени.

Согласно психосоматической теории, стиль питания представляет собой отражение аффективных потребностей индивидуума. Большое значение при этом имеет воспитание и установка матери по отношению к ребенку. Для ребенка еда — это больше, чем питание, это самоутверждение, снятие напряжения, материнская поддержка, еда является замещением отсутствующей материнской заботы, защитой от негативных эмоций. Утоление голода является стимулом хорошего самочувствия и ощущения защищенности.

Установлено, что дети тучных родителей с большей степенью вероятности страдают от избыточного веса, при этом более выражена взаимосвязь с наличием ожирения у матери, чем у отца. Так, при ожирении одного из родителей вероятность развития этой патологии у детей составляет 40–56%, обоих родителей — 70–80%, при отсутствии ожирения у родителей — всего 8–14% [11]. Приемные дети родителей с избыточным весом также попадают

в группу риска. По-видимому, вероятность развития и тяжесть ожирения связаны с наследованием не только генетических факторов, но и культуральных традиций и семейных поведенческих особенностей в питании, а также стилем отношений в семье, когда отвергаются прямые проявления любви, а их место занимают оральные привычки и связи (с точки зрения психодинамической интерпретации). Оральная избалованность родителями мотивируется прежде всего избавлением от чувства вины, вызванным как эмоциональным отчуждением детей, так и гиперопекой, чрезмерной привязанностью и сверхконтролем. Кормление детей — единственное возможное средство расположения, которое родители не в состоянии проявить разговором, прикосновением, игрой с ними.

У пациентов с ожирением нарушена нормальная регуляция центров аппетита и насыщения, они часто не ощущают, когда голодны. Их аппетит провоцируется внешними раздражителями и различными формами негативных эмоций. Потребность в еде является реакцией в большей степени на конфликт и личностные проблемы, чем на внутренние физиологические стимулы. Еда становится защитой от негативных аффектов, в особенности от депрессии и страха, как в раннем детстве.

В самом питании заложен определенный психологический элемент успокоения. Дефицит любви и признания, как своеобразный голод, может привести к замещению чрезмерным потреблением пищи вплоть до обжорства. Обеденные перерывы могут служить поводом для редукции накопившихся отрицательных эмоций и возбуждения в процессе рабочего дня. Прием пищи может выступать в роли своеобразного самовознаграждения на фоне скуки и недостатка любви. Многие люди ищут в кондитерских изделиях положительные эмоции, которых они в значительной степени лишены в повседневной жизни.

Психологическая коррекция избыточного веса и переедания

В настоящее время среди лиц, страдающих избыточным весом, широко распространено самолечение. Обычно полные люди относятся к заболеванию недостаточно серьезно, считая, что сами в состоянии регулировать свои пищевые предпочтения. Популярные периодические издания, а также электронные средства массовой информации уделяют много места и времени теме ожирения и способам избавления от него. Но, как правило, эти сведения не подкреплены достоверными научными данными. Неудовлетворительные результаты традиционного лечения привели к широкому распространению так называемых экстрасенсорных методов, сеансов массового «кодирова-

ния», разрекламированных «чудесных» средств, обеспечивающих быстрое снижение веса без соблюдения диеты и прочих неудобств.

Такая ситуация во многом обусловлена тем, что вопросы этиологии и патогенеза избыточного веса и ожирения до конца не изучены, нет единого теоретического подхода к интерпретации полученных научных данных. Вместе с тем, известно, что в патогенезе ожирения ведущими механизмами являются переедание и употребление богатой жирами пищи.

В настоящее время общепринятыми методами терапии ожирения являются диетотерапия, фармакотерапия и увеличение физической нагрузки. Увеличение двигательной активности, с одной стороны, используется для повышения энергозатрат организма, а с другой — уменьшает инсулинорезистентность, способствуя нормализации обмена веществ.

Использование препаратов, снижающих аппетит, вызывающих окисление жира и удаление его из организма, нецелесообразно из-за возможного вреда для здоровья (только токсическое действие этих средств приводит к положительному результату), а также ввиду опасности привыкания к ним.

Модное в настоящее время увлечение различными диетами является не только бесполезным, но, в какой-то степени, вредным для человека. Соблюдение диеты при определенных условиях может стать одним из факторов, способствующих перееданию. Соблюдающие диету лица регулируют потребление пищи, игнорируя при этом внутренние сигналы голода и жажды, и склонны переедать при ослаблении самоконтроля, в частности, после употребления алкоголя или в состоянии стресса. Недостаточное внимание к расстройствам пищевого поведения и психовегетативным нарушениям при ожирении в ряде случаев приводит к отказу от лечения или рецидиву заболевания. Изолированная диетотерапия может способствовать декомпенсации в эмоционально-мотивационной сфере («диетическая депрессия») у пациентов с эмоциогенным пищевым поведением, что также инициирует отказ от продолжения лечения. Только 5–10% пациентов удерживают результат в течение 2 лет [2]. Кроме того, при назначении диеты с низкой энергетической ценностью нарушается термогенез, при этом уменьшается расход энергии (например, за счет снижения содержания тиреоидных гормонов). В связи с этим баланс между энергопоступлением и энергозатратами не изменяется, что и приводит к сохранению жировых депо [12].

Ряд специалистов считают, что соблюдение диеты в большей степени ухудшает самочувствие, чем избыточный вес, так как при этом у пациентов неизбежны рецидивы заболевания, сопровождающиеся негативными чувствами, потерей уверенности и уважения к себе. В связи с этим каждый врач должен понимать, что пациент, придерживающийся определенной диеты, чувствует себя неполноценным. Без психокоррекции даже правильно подобранная диета будет неэффективна.

Односторонний подход к проблеме избыточного веса приводит к переоценке биологических методов терапии при лечении ожирения, оставляя без должного внимания ту роль, которую в обществе играют культуральные стереотипы отношения к полноте. Они указывают индивидууму на нежелательность существенных отклонений форм и размеров его тела от идеала и приводят к хроническому социоэмоциональному дистрессу, возникающему вследствие недовольства образом своего физического Я. Поэтому психоте рапия и психокоррекция должны играть ведущую роль в терапии избыточного веса. Однако недостаточное внимание к биологическим механизмам развития ожирения в настоящее время снижает эффективность применяемых методов психотерапии.

В связи с тем, что психотерапия снижения избыточного веса развивалась эмпирическим путем, применяемые технологии основываются на физиологической и психологической модели терапии ожирения. Согласно физиологической модели, психотерапевтическое вмешательство воздействует на пищевой центр, нормализуя аппетит и, соответственно, вес. Психологическая модель трактует ожирение как механизм психологической компенсации потребностей человека, например, в любви, близости, удовольствии, определяя вектор направленности психотерапии.

В основном в психотерапии снижения избыточного веса применяются когнитивно-поведенческая психотерапия, рациональная психотерапия, гештальттерапия, нейролингвистическое программирование, психоанализ, а также гипнотерапия и методы психической саморегуляции (исцеляющие настрои, аутогенная тренировка и др.). В западной медицине широко распространены группы взаимопомощи, оказывающие позитивное воздействие, поддержку, способствующие повышению самооценки и дальнейшему изменению пищевого поведения и образа жизни лиц с избыточным весом.

Основная причина малой эффективности терапии избыточной массы тела заключается в недостаточно четком определении соотношения механизмов регуляции гомеостаза организма с социально-психологическими факторами и ролью негативных психосоциальных влияний в развитии ожирения. Уменьшение энергетической ценности ежедневно употребляемых продуктов питания (преимущественно за счет жиров) и стимуляция липолиза за счет обеспечения достаточного уровня физической активности служат как целям терапии, так и профилактики избыточного веса. Исходя из этого все виды лечения, в том числе и психотерапевтического, должны быть направлены на выработку иных привычек в питании, на поддержание должного уровня физической активности и помощь в формировании иного образа жизни.

Необходимо, чтобы психотерапия занимала ведущие позиции в терапии ожирения, особенно когда это касается предупреждения рецидивов. Эффективная психотерапия и психокоррекция, независимо от применяемых форм

и методов, носит длительный, поддерживающий характер, учитывает психофизиологические, клинические и психосоциальные аспекты ожирения, направлена на стойкое изменение пищевого поведения и всего образа жизни пациента. Психотерапия и психокоррекция лиц с избыточным весом предусматривают следующее:

- формирование стереотипа нового образа жизни, включающего соблюдение режима сна, ограничение в питании, необходимость корректировки диеты, ежедневный контроль веса;
- коррекцию трудностей, возникающих при соблюдении режима физических нагрузок;
- разрешение проблемных ситуаций с целью редукции хронического дистресса;
- коррекцию отношения к образу своего физического Я;
- преодоление возможных социальных последствий (главным образом связанных с семьей и работой);
- профилактику угрозы риска инвалидизирующих заболеваний.

По мнению А. В. Вахмистрова и соавторов [2], основными задачами психотерапии ожирения являются повышение стрессоустойчивости личности, изменение иерархии мотивационной сферы, разрыв неадекватных связей между аффективной и мотивационной сферами, работа с алекситимией для дифференциации эмоционального дискомфорта и чувства голода, снижение выраженности аффективных расстройств.

Терапия избыточного веса и ожирения должна носить комплексный и многоуровневый характер. Она предусматривает, с одной стороны, использование симптоматических методов психотерапии и фармакотерапию с целью быстрого уменьшения массы тела, а с другой — применение направленных на изменение поведения методов психотерапии для профилактики рецидивов, а также психофармакотерапию для коррекции эмоционального напряжения, соматических и имеющихся психопатологических симптомов.

Для коррекции искаженных представлений о питании, весе и способах его регуляции используют рациональную психотерапию, обучающие конструктивно-информативные программы. Среди симптоматических методов психотерапии избыточного веса наиболее распространены следующие:

- эмоционально-стрессовая психотерапия с целью выработки установок на соблюдение диеты, осуществление самоконтроля при приеме пищи;
- тренинг уверенного поведения для коррекции сниженной самооценки и негативной установки на жизненные и профессиональные перспективы;

- прогрессирующая нервно-мышечная релаксация, аутогенная тренировка для обучения оказанию самопомощи в условиях стрессового напряжения при изменении режима питания, для коррекции эмоционального состояния, активизации индивидуальных резервов психической адаптации.

Большинство современных лечебно-реабилитационных программ, предназначенных для больных с нарушениями режима питания, включает в себя приемы и методы когнитивной и поведенческой психотерапии. При этом психотерапевтическими «мишенями» служат значимость внешности в иерархии ценностей, нормализация пищевого поведения, стимулирование анализа пациентами своих представлений и убеждений относительно стиля приема пищи, изменение дисфункциональных установок и чувств, побуждение к новым паттернам мышления. Позитивным подкреплением патологического стереотипа пищевого поведения может быть снижение веса, а негативным — возможность ухода от решения сложных проблем с помощью переедания. Применяются процедуры самоконтроля для активизации роли пациентов в определении цели лечения и выполнении терапевтической программы. В качестве целей и стандартов, управляющих поведением, пациентом и терапевтом совместно устанавливается норма ежедневного потребления калорий, ведение «пищевого» дневника, в котором отмечается, в том числе, какое настроение, какая внутренняя ситуация и какие внешние факторы вызывают потребность в еде и что усиливает эту потребность. В последующем эти стимулы могут быть заменены на позитивные, относящиеся к сфере личных притязаний и достижения собственного признания.

Из поведенческих методов используют также технику стимульного контроля, целью которой является уменьшение вероятности столкновения с внешними факторами, провоцирующими приступы переедания, методику альтернативного поведения, предполагающую выработку у больного навыков конкурирующего поведения при столкновении с патогенными факторами [13], технику десенситизации в отношении мыслей и чувств, испытываемых больными перед приступами обжорства [14].

Современные методы лечения, ориентированные на теорию обучения и изменение поведения лиц с избыточным весом, основываются на необходимости замены удовольствия от принятия пищи на нечто иное. Пациенты нуждаются в защищенности, близости, в принятии социальным окружением, помощи в преодолении фрустраций. В результате психотерапевтического вмешательства человек начинает активно пользоваться собственными ресурсами для преодоления возникающих трудностей, а не компенсировать тем или иным патологическим образом психоэмоциональный дискомфорт, сопровождающий нерешенные проблемы.

Для выполнения долгосрочных стратегий, направленных на изменение образа жизни и всего режима питания, редукции связи между эмоциональным напряжением и перееданием целесообразно применение личностно-ориентированной психотерапии. Целью ее является выявление и коррекция дезадаптативных стереотипов поведения, способствующих перееданию, коррекция представления о собственном Я, формирование адекватных способов психической адаптации и защитно-совладающего стиля личности. Личностно-ориентированная психотерапия предполагает осознание и проработку внутриличностных конфликтов в наиболее значимых сферах социального функционирования, решение проблем, связанных с неудовлетворенностью профессиональным статусом и характером взаимоотношений с противоположным полом и др. Осознание собственной роли в возникновении проблем, приобретение конструктивных когнитивно-эмоционально-поведенческих стереотипов в межличностных отношениях, способность справляться с собственными негативными переживаниями, формирование навыков правильного отреагирования отрицательных эмоций и совладания в стрессовых ситуациях помогают преодолеть заместительное пищевое поведение, уменьшить риск развития невротических расстройств и улучшить качество жизни.

В целях изменения негативного отношения к собственному телу и расширения критериев оценки своей внешности и привлекательности, коррекции алекситимического радикала применяются упражнения телесно-ориентированной и танцевальной психотерапии.

Особый интерес представляет факт отсутствия рецидивов у некоторых пациентов с избыточным весом. Установлено, что для этих людей характерно осознание необходимости изменения не только внешности, но и образа жизни. В этом случае программа похудения играет роль наставления, благодаря которому пациенты заново самоопределяются в качестве людей с нормальным весом [15].

Список литературы

1. *Креславский Е. С.* Избыточная масса тела и образ физического «Я» // Вопросы психологии. 1987. № 2.
2. *Вознесенская Т. Г.* Церебральное ожирение и истощение: Автореф. дис. ... д. м. н. М., 1990.
3. *Вахмистров А. В., Вознесенская Т. Г., Посохов С. И.* Клинико-психологический анализ нарушений пищевого поведения при ожирении // Журнал невропатологии и психиатрии. 2001. № 12.
4. *Кулаков С. А., Лобин К. В.* Структура «Я» женщин с алиментарным ожирением. //Психиатрические аспекты общемедицинской практики. Сборник тезисов научной конференции. СПб., 2005.

5. *Вознесенская Т. Г.* Невротические аспекты церебрального ожирения // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1989. № 11.
6. *Гаврилов М. М.* Взаимосвязь психологических и физиологических особенностей при нормализации массы тела у женщин, имеющих избыточный вес: Автореф. дис. ... к. м. н. Томск, 1998.
7. *Shatford L. A., Evans D. R.* Bulimia as a manifestation of the stress process: A LISREL causal modeling analysis // Int. J. Eat. Disord. 1986. V. 5.
8. *Бобровский А. В. Гаврилов М. А.* Некоторые клинические аспекты изучения методов психологической защиты у пациенток с избыточной массой тела. СПб., 1998.
9. *Красноперова Н. Ю.* Клинико-динамическая характеристика пищевой аддикции: Автореф. дис. ... к. м. н. Томск, 2001.
10. *Креславский Е. С.* Психосоциальные аспекты ожирения: Сборник научных трудов. Л., 1981.
11. *Закревский В. В., Лифляндский В. В.* Ваш идеальный вес: полное руководство для тех, кто хочет стать стройным. СПб., 2003.
12. *Петров Д. П., Назаренко Л. И.* Ожирение: психосоматический и диетологический аспекты лечения. СПб., 1999.
13. *Крылов В. И.* Пограничные психические заболевания с нарушениями пищевого поведения. СПб., 1995.
14. *Менделевич В. Д., Соловьева С. Л.* Неврозология и психосоматическая медицина. М., 2002.
15. *Влиет Э. Л.* Женщина, вес, гормоны. М., 2004.

Глава 9

Духовно ориентированная психотерапия и психокоррекция патологических зависимостей

Метод стрессопсихотерапии А. Р. Довженко — базовая медицинская составляющая духовно ориентированной психотерапии и психокоррекции на православной основе в форме целебного зарока

Метод духовно ориентированной психотерапии и психокоррекции на православной основе в форме целебного зарока сформировался в процессе совершенствования разработанного нами метода (ЭЭСПТ) массовой эмоционально-эстетической стрессовой психотерапии и его интеграции с православной психотерапией [1]. В первых научных публикациях результатов применения метода он назывался методом лечебного зарока. Такое определение отражало лишь финальный этап становления сложного комплексного психотерапевтического процесса, не раскрывая его главной, отличительной от современных лечебных подходов, особенности: обращенности к духовному началу в человеке, триединству его духа, души и тела — и потому, со временем, было заменено нынешним, более соответствующим сути метода названием.

Прежде чем излагать концептуальные основы и сущность духовно ориентированной психотерапии и психокоррекции в форме целебного зарока, рассмотрим историю становления метода и его основные истоки.

Метод стрессопсихотерапии алкоголизма, разработанный А. Р. Довженко и введенный в лечебную практику в соответствии с методическими указаниями, утвержденными МЗ СССР в 1984 г., широко известный как «кодирование», является одним из самых известных в наркологии методов психотерапии зависимостей. По мнению А. Р. Довженко, на передний план в его методе

выступает рациональная психотерапия (мотивированное внушение). Семантическим ядром методики является формула внушения, заключающаяся в том, что не твоя (больного), а моя (психотерапевта) воля избавляет тебя от недуга. Устранение фиксации личности на борьбе с желанием выпить приводит к дезактуализации самого желания и полному исчезновению влечения к алкоголю. Кульминационные смысловые моменты стрессопсихотерапии по А. Р. Довженко завершаются эмоционально-волевыми императивными внушениями с элементами драматизации. Больным внушается также, что направленными усилиями врача с помощью особых физиогенных воздействий у них в мозгу формируется устойчивый очаг возбуждения нервных клеток (типа «бодрствующего очага» по И. П. Павлову), который с момента лечения блокирует влечение к алкоголю на длительные сроки — на 1, 5, 10, 25 лет и даже на всю жизнь. На реальных примерах из личной практики врача-психотерапевта в наглядно-конкретной, эмоциональной форме раскрываются возможные негативные последствия нарушения больным режима трезвости. Сущность метода состоит в создании стойкой психологической установки на длительное воздержание от алкоголя. Такая установка создается путем применения комплекса психотерапевтических приемов и подходов, «материализованных» посредством физиогенных (стрессовых) воздействий, направленных на активизацию эмоциогенных механизмов мозга и инстинкта самосохранения. При этом вне гипноза как такового создается прочная доминанта в форме полного исчезновения влечения к алкоголю при одновременной актуализации по принципу положительной индукции (в психологическом смысле) социально-ценных тенденций личности [2].

Применение метода предусматривает определенную этапность. На первом, вводном, этапе специальной врачебной комиссией производится отбор больных, желающих лечиться и готовых полностью отказаться от алкоголя. Во время беседы с врачами укрепляется установка на лечение, повышается доверие к методу, возрастает вера и убежденность больного в безусловно положительном для него результате лечения. Для решения этих задач применяется косвенное (опосредованное) внушение, используются механизмы психической индукции и сенсибилизации. Обязательным условием является не менее чем двухнедельное полное воздержание от алкоголя до начала лечения. Задачи второго этапа — актуализация инстинкта самосохранения у пациентов, снятие «анозогнозической инертности», формирование высокого авторитета лечащего врача-психотерапевта у больных, на основании проявления собственных волевых способностей в личном достижении самим врачом полной трезвости, объяснение причин и механизмов положительного эффекта проводимой терапии, подготовка больных к следующему этапу лечения. На этой стадии проводится групповое занятие в течение 2–2,5 часов с последовательным применением ряда психотерапевтических приемов, осуществляемых на фоне внушения (убеждения) в бодрствующем состоянии; классическая

формула гипнотизации с погружением больного в состояние «гипнотического сна» и гипносуггестия в методе А. Р. Довженко не проводятся.

Третий этап рассматриваемого метода Довженко представляет собой эмоционально-стрессовую процедуру с использованием плацебо (препарат «ДАР» — Довженко Александр Романович). Больные дают расписку, что предупреждены об опасности для здоровья употребления спиртных напитков на срок, который пациенты устанавливают сами. Само закрепление лечения длится 2–3 минуты и представляет собой императивное внушение на фоне физиогенных воздействий, называемых автором «материализацией внушения». К физиогенным воздействиям относятся: зрительная депривация (одномоментное принудительное накрывание глаз ладонью врача) и воздействие на вестибулярный аппарат (резкое забрасывание головы пациента назад); затем кратковременное раздражение тройничного нерва в точках выхода (энергичное пальцевое давление в точках Валле в течение 2–5 секунд до появления болевых ощущений); несколько секунд спустя орошение зева и глоточного пространства больного, находящегося в положении с широко открытым ртом, струей препарата плацебо, что сопровождается различными по степени выраженности вегетативными проявлениями. Эти эмоционально-стрессовые физиогенные воздействия значительно усиливают (материализуют в сознании пациента), по мнению А. Р. Довженко, психотерапевтический эффект предшествующих этапов.

Автор метода на основе учения И. П. Павлова объясняет формирование отрицательного эмоционального отношения к алкоголю следующим нейрофизиологическим механизмом. В эмоциогенных системах мозга больного в результате применения ряда вышеуказанных физиогенных воздействий и психотерапевтических приемов формируются сильные и стойкие очаги возбуждения. Возбуждение нарастает по мере воздействия ряда возмущающих факторов: зрительной депривации (стресс ожидания), болевого воздействия на точки Валле (эмоции боли), орошения зева препаратом плацебо (эмоции дискомфорта), резкого забрасывания головы (вестибулярный стресс). В результате возникает сильный и постоянно подкрепляющийся очаг возбуждения в отрицательных эмоциогенных системах мозга (типа «бодрствующего очага» по И. П. Павлову), который вступает в конкурентные взаимоотношения с патологической интеграцией влечения к алкоголю и по механизмам доминанты блокирует его. При этом врач авторитетно предупреждает больного о возможности психических и физических осложнений для его здоровья вплоть до смерти при нарушении режима трезвости, а в случае попытки употребления спиртного — о необходимости немедленного снятия всех последствий на индивидуальном приеме у лечащего врача.

Устрашение как психотерапевтический прием с эмоциональной психологизацией возможных последствий для здоровья и даже жизни при невыполнении пациентом рекомендации врача никогда не приводит больного алко-

лизмом к «психической травматизации» или подавлению его как личности. Напротив, мобилизует его переход к полной трезвости, разумеется, если больной находится в определенных границах клинических проявлений алкоголизма.

В старину в народной медицине использовались методы стрессовой психотерапии при исцелении от пьянства: человеку в запое давали опохмелиться стаканом водки, в котором наполовину была налита слизь рыбы линя; с целью выработки отвращения и страха иногда в водку добавлялся кал знакомого человека (например, только что умершего соседа или родственника), о чем сообщалось пьянице после выпивки, что приводило последнего в мистический ужас. Бывало, пьяного заворачивали в простыню со свежим коровьим навозом или экскрементами других животных, а потом выбивали из пропойцы розгами «зеленого змия».

В первые годы использования метода стрессопсихотерапии по А. Р. Довженко подобный подход вызывал скептицизм у некоторых специалистов-наркологов, утверждавших, что нельзя вылечить больного за один эмоционально-стрессовый сеанс при помощи психического страха. При этом врачи-специалисты забывали, что современная наркология во многом базируется именно на страхе биологической смерти больного, используя подшивку препарата «дисульфирам», «химическую защиту», а также другие методы физического страха.

К тому же общеизвестно, что больного алкогольной зависимостью нельзя вылечить и за несколько лет, так как готовность к рецидиву может сохраниться у него всю оставшуюся жизнь, особенно если пациент ожидает окончания действия срока лечения страхом как личного освобождения от «дамоклова меча». Именно потому, что у пациента включается внутренний «счетчик времени» и он ждет окончания действия срока лечения страхом (иногда даже считает дни), по прекращении срока «кодирования», «химзащиты» или заключения в лечебно-трудовой профилакторий зачастую в тот же день у него возобновляется тяга к спиртным напиткам и наркотикам (по механизмам самовнушения), появляется желание отметить праздник своего «избавления». Результатом любого самого успешного медицинского лечения является ремиссия различной продолжительности. По оценкам некоторых авторов, ремиссия одного года после сеанса психотерапии по Довженко наблюдалась у 75–80% пациентов. По данным десятилетнего мониторинга за 507 больными, пролеченными нами до 1991 г. методом стрессопсихотерапии по А. Р. Довженко и взявшими срок воздержания от алкоголя на 10 лет и более, состояние ремиссии 1 год и более сохранили 72,7% больных, 3 года и более — 51,1%, 5 лет и более — 36,8%, 10 лет и более — 25,6% [3].

Метод стрессопсихотерапии А. Р. Довженко, по сути, никогда не был гипносуггестивным в научно-медицинском понимании гипнотического транса. Приходящие на лечение больные алкоголизмом никогда не проходили пред-

варительный отбор на гипнабельность (личную способность вхождения в состояние гипноза), который обязательно проводит любой врач-гипнолог, не погружались в состояние гипнотического сна. К тому же, по данным П. И. Буля, количество гипнабельных людей в обществе не превышает 20%, а доктор Довженко принимал на лечение всех без исключения пациентов, имеющих большое искреннее желание лечиться. Абсолютными противопоказаниями к применению данной методики являлось делириозное, аментивное и другие нарушения сознания, состояние опьянения или выраженной абстиненции, гипертонический криз, выраженная сердечно-сосудистая недостаточность и ряд неотложных состояний. Некоторые авторы описывали метод стрессопсихотерапии по А. Р. Довженко как гипносуггестивный. По мнению П. И. Буля с соавторами [4], за состояния гипнотического транса современные исследователи нередко принимали возникающие во время лечения у пациентов измененные состояния сознания (внушения, переходящие в самовнушения), являющиеся результатом повседневной жизнедеятельности любой личности или коллектива. Важнейшую роль внушения в общественной жизни отмечал еще профессор В. М. Бехтерев. С позиций учения о внушении он оценивал некоторые социальные вопросы, мотивацию поступков отдельных лиц, человеческих коллективов и причины событий, определяющих ход человеческой истории. В немалой степени восприятию метода Довженко как гипнотического способствовал и тот факт, что сами врачи, проводившие лечение по методу Довженко, с целью повышения собственного авторитета и личной таинственности, регулярно заявляли своим больным, что лечат их гипнозом, стремясь максимально использовать ореол загадочности гипнотизма.

Порой, не имея достаточного опыта и научных познаний в области психотерапии и гипнологии, такой горе-целитель даже не предполагал, что при лечении патологических зависимостей гипнотическое воздействие на больного с ослабленной нервной системой и повышенной внушаемостью не дает сколько-нибудь стойкого лечебного эффекта (как всякое положительное внушение, нередко разрушаемое внушением отрицательным). И по современным научным данным, в лучшем случае вызывает лишь кратковременное отвращение к алкоголю, курению и наркотикам и годовую ремиссию не выше 10–15% [4]. Именно поэтому ни гипносуггестия, ни гипнотерапия в последние десятилетия широко не применяются при лечении патологических зависимостей во всем цивилизованном мире. Многие всемирно известные психиатры и психологи, например Зигмунд Фрейд, начинали свою лечебную практику с гипноза, но, не добившись желаемых психотерапевтических результатов, вскоре переходили к другим, более эффективным в их исполнении личностно-ориентированным методам психологического воздействия.

Основной духовно-нравственной лечебной целью доктора Довженко было приведение пациента к решительному осознанию себя больным. Именно

это восстановление внутренней критики через видение картины своей болезни приводило больного к большому искреннему желанию лечиться. От внутреннего покаяния, доходящего порой до потрясения личности, многие пациенты нравственно и духовно преображались: у них не только полностью исчезала тяга к алкоголю и наркотикам, но и возникало горячее желание начать новую трезвую и здоровую жизнь. Недаром В. Е. Рожнов называл врача-психотерапевта «священником атеистического времени». Главной же уязвимой стороной метода Довженко, по мнению ряда специалистов, был искусственно создаваемый самим врачом и окружающими авторитет личности врача, который брал на себя решение самых жизненно важных проблем пациента: «не твоя больная воля, а моя — здоровая — будет тебя исцелять».

Сегодня очевидно, что, работая в советские времена, доктор Довженко не имел возможности рекомендовать пациенту после лечения у врача обратиться за помощью в Церковь, к Богу, а если бы подобное случилось, то на этом бы и закончилась его лечебная практика. Вот доктор и «навешивал пациентов на самого себя».

И все же подобный подход нередко порождал своего рода врачебное кумирство. К тому же зачастую когда лечебное внушение прекращало свое действие (заканчивался добровольно выбранный самим больным срок трезвости), пациент оставался в немалой степени незащищенным от воздействия провоцирующих употребление спиртного факторов, поскольку в основе воздержания от алкоголя и наркотиков лежал, в первую очередь, один лишь страх физической смерти, а не Божий страх. И оттого нравственное изменение личности больного являлось скорее следствием длительной трезвости, чем результатом покаянной перемены ума.

Таким образом, стрессопсихотерапия по А. Р. Довженко («кодирование») — метод коллективно-группового многоэтапного психотерапевтического лечения патологических зависимостей (хронического алкоголизма, никотинизма и наркоманий), осуществляемый высокоавторитетным врачом (по мнению доктора Довженко, врач должен был предстать перед больным «таинственной и волевой личностью») путем внушения (убеждения) в бодром состоянии (без гипноза как такового) больному страха смерти при нарушении им режима трезвости (стрессопсихотерапевтический «плацебо-эффект»). Режим направлялся главным образом на преодоление физической зависимости (снятие тяги к психоактивным веществам) и в меньшей степени на снижение психической зависимости. (Восстановление радости жизни, утраченной вследствие систематического злоупотребления алкоголем, табакокурением и наркотиками.) Это, по мнению ряда ученых-специалистов, оказывало положительное нейромедиаторное воздействие на ЦНС больного и способствовало психофизиологическому и нравственно-психологическому восстановлению его патологически измененной личности (без ее травматизации).

Качественным (коренным) отличием «кодирования» от прочих методов эмоционально-стрессовой психотерапии был действительно выдающийся новаторский переход от традиционного внушения во сне (в измененном состоянии сознания) к внушению наяву (в состоянии бодрствования), без погружения больного в гипнотический транс (сон). Стрессопсихотерапия по Довженко заключалась не в подавлении врачом воли больного, а в ее пробуждении и укреплении желания самого больного лечиться.

Цитируя великого врача XIII в. Абульфараджа, доктор Довженко говорил: «Нас трое: я — врач, больной и болезнь. Если больной помогает врачу, то они выступают вдвоем против одного врага — болезни. В этом случае врач часто помогает — излечивает больного. А если больной не помогает врачу? То больной объединяется вместе с болезнью, и они выступают вдвоем против одного врача. Трудно в этом случае приходится врачу и не всегда он может здесь помочь. Вот почему больной должен непременно помогать врачу на протяжении всего лечения, вплоть до полного и успешного излечения!»

В скором времени, при снятии многих идеологических запретов, на почве духовной вседозволенности атеистический вакуум в душах людей стал стремительно заполняться псевдорелигиозным мистицизмом народных целителей, экстрасенсов, оккультистов, колдунов, магов, астрологов, а также психически больных людей и просто шарлатанов. Это состояние метафизической интоксикации общества не обошло и учеников Довженко. Вскоре у них появились свои ученики, а у тех свои, что привело к массовому тиражированию и распространению не столько самого метода Довженко, сколько превратно понятого и вырванного из контекста метода термина «кодирование». В погоне за коммерческой прибылью термин «кодирование» стал повсеместно использоваться в лечебной наркологической практике (как специалистами-врачами, так и шарлатанами-целителями, большинство из которых никогда не слышали ни о докторе Довженко, ни о его методе). Сегодня практически любое лечение у нарколога называется «кодированием» (лечиться — значит «кодироваться»). Все это сыграло дискредитирующую роль по отношению к самому эффективному и популярному в народе методу лечения патологических зависимостей.

Метод Довженко формировался в определенных социальных и общественно-политических условиях тоталитарного атеистического государства, определявших язык психотерапевта, характер рекомендаций и одностороннее, более физиологическое, чем духовное обоснование механизмов врачебного воздействия. Тем не менее в его методе впервые в советской материалистической медицине получили отражение некоторые элементы работы дореволюционного Всероссийского Александро-Невского общества трезвости, например такие, как общая и индивидуальная исповедь, и особая врачебная проповедь. Именно православная вера самого доктора Довженко и высокая эффективность его стрессопсихотерапии в процессе творческого

развития его учениками и модификации этого метода в Международном институте резервных возможностей человека (МИРВЧ) и Александро-Невском братстве трезвости выявили и научно доказали необходимость теснейшего сотрудничества врачей и священников в деле лечения патологических зависимостей. Все более преобразуя и видоизменяя метод своего учителя, врачи МИРВЧ под руководством опытных духовников поставили стрессопсихотерапию на православную мировоззренческую основу.

Таким образом, основными достоинствами метода Довженко явились: высочайший лечебный результат (не сопоставимый с официальными наркологическими методиками своего времени), массовость, краткосрочность и экономичность, возможность проведения лечения в самых разных условиях (на производстве, в домах культуры, кинотеатрах) и, конечно же, этим методом было положено начало революционного для советской психотерапии перехода от внушения во сне к убеждению наяву.

Но главное — это была первая в советское время попытка высокопрофессионального и высокоавторитетного в обществе врача оказать больным зависимостями не только массовую медицинскую, но и духовную помощь. Пробудить в людях желание полной трезвости. По сути, А. Р. Довженко совершил гражданский подвиг и явился предтечей духовно ориентированной психотерапии и психокоррекции в форме целебного зарока на православной основе, где человек, предстоящий в глубоком и искреннем покаянии пред Богом, получает от Всеблагого Творца материализацию своего большого искреннего желания лечиться.

И сегодня, по-нашему мнению, все внушения, встречающиеся в жизни современного человека, следует разделять как на положительные, так и на отрицательные. Не всякое внушение, проводимое врачом, является отрицательным и обязательно приносит вред. Бывает от него и польза в нашей бренной земной жизни, например, когда врач при помощи убеждения и внушения удерживает человека от пьянства. Полный же отказ от внушения, по-нашему мнению, — один из признаков святости.

Православная психотерапия — фундаментальная основа духовно ориентированной психотерапии и психокоррекции на православной основе в форме целебного зарока

В «Основах социальной концепции Русской Православной Церкви», принятых на Юбилейном Архиерейском Соборе РПЦ в 2000 г., в разделе «Здоровье личности и народа» говорится, что «...попечение о человеческом

здоровье — душевном и телесном — искони является заботой Церкви. Церковь рассматривает психические заболевания как одно из проявлений общей греховной поврежденности человеческой природы. Выделяя в личностной структуре духовный, душевный и телесный уровни ее организации, святые отцы различали болезни, развившиеся от "естества", и недуги, вызванные бесовским воздействием, либо ставшие следствиями поработивших человека страстей. В соответствии с этим различием представляется одинаково неоправданным как сведение всех психических заболеваний к проявлению одержимости, что влечет за собой необоснованное совершение чина изгнания злых духов, так и попытка лечения любых духовных расстройств исключительно клиническими методами. В области психотерапии оказывается наиболее плодотворным сочетание пастырской и врачебной помощи душевнобольным при надлежащем разграничении сфер компетенции врача и священника».

По мнению председателя Московского общества православных врачей А. В. Недоступа, «...врачевание духа есть первооснова всякого лечения. Это совсем не отрицает ни врачевания души (психиатрия), ни врачевания телесной болезни (соматическая медицина)».

Православная Церковь всегда с большим уважением относилась к профессии врача, так как в ее основе лежат евангельские добродетели: любовь и служение близкому, предотвращение и облегчение человеческих страданий. Эти же принципы лежат в основе фундаментальных положений медицинской этики. Ретроспективный взгляд на историю медицины подтверждает тесную связь религии, этики и врачевания. Представители различных конфессий имеют свою определенную позицию по проблемам медицинской этики (биоэтики).

В своей книге «Дух, душа, тело» выдающийся врач, профессор В. Ф. Войно-Ясенецкий, он же архиепископ Лука (впоследствии канонизированный), писал: «Общеизвестно могущественное влияние психики больного на течение болезни. Состояние духа больного, его доверие и недоверие к врачу, глубина его веры и надежды на исцеление или, наоборот, психическая депрессия, вызванная неосторожными разговорами врачей в присутствии больного о серьезности его болезни, глубоко определяют исход болезни. Психотерапия, состоящая в словесном, вернее, духовном воздействии врача на больного, — общепризнанный, часто дающий прекрасные результаты метод лечения многих болезней».

Использование опыта Русской Православной Церкви в борьбе с алкоголизмом позволило говорить о новом направлении в психотерапии, суть которого отражается термином «православная психотерапия»[1]. Резонно отме-

[1] Полное описание православной психотерапии см: Психотерапевтическая энциклопедия /Под ред. Б. Д. Карвасарского. 2-е, 3-е изд. СПб.: Питер, 2000, 2005.

тить, что святые отцы не выделяли православную психотерапию как таковую, но она органически пребывала в жизни Церкви как факт. В современном виде понятие «православная психотерапия» возникло в соответствии с запросом времени. В русскоязычной литературе психотерапия определяется как система лечебных воздействий на психику и через психику на организм больного. Психотерапия существует в трех основных сферах:

1) академической (разработка научно обоснованных подходов на базе научного мировоззрения);
2) альтернативной (основывается на исторически обусловленных религиозных системах);
3) интуитивной (является результатом влияния первых двух на обыденное сознание) [5].

Православная психотерапия присутствует во всех трех указанных выше сферах. Ее основу составляют не только опытно-теоретические знания православной антропологии и гомилетики[1], но и экзегетики[2], а также святоотеческое учение о духовной жизни, о страстях как источнике болезней, о подвижничестве как духовной брани. Это учение опирается на многовековой положительный опыт Церкви в деле душепопечения и понимания нравственного христианского долга в духе Святого Евангелия. Конфессиональный признак психотерапии («православная») указывает на использование не религиозного опыта вообще в его социально-психологическом понимании, а именно конкретного опыта православной духовности.

Современная психология не признает в человеке душу и не верит в ее существование, она отказалась от души, превратившись в материалистическую науку, и таким образом потеряла себя. «Психология не есть наука о душе, а, в лучшем случае, есть смесь каких-то логических, социальных, физиологических построений и умозаключений... Одно лишь несомненно: живой, целостный внутренний мир человека, человеческая личность, то, что мы, вне всяких теорий, называем нашей душой и нашим духовным миром, в этой науке совершенно отсутствует», — пишет С. Франк в своей книге «Душа человека». Предметом изучения христианской психологии являются не мозг, психика, сознание, а бессмертная человеческая душа [6].

Вот что думает о взаимодействии православной психологии и современной науки декан факультета психологии Российского Православного Университета имени апостола Иоанна Богослова протоиерей Андрей Лоргус: «Действительно, до сих пор Церковь относится к психологии с недоверием.

---

[1] Церковно-практическая дисциплина, обучающая правилам и искусству произношения проповеди, согласно которым главным является не столько ораторское красноречие, сколько церковное учительство, т. е. постоянная забота о спасении душ паствы.

[2] Православная экзегетика — толкование священных текстов.

Считается, что психология — это псевдонаука, что это оккультизм. Это связано, прежде всего, с развитием психологии в XX в. по атеистическому пути. Советская психология была не просто атеистична, она была агрессивно-атеистична. Естественно, что такая психология христианина может только отпугивать.

Христианское понимание духовной жизни должно быть определено как психологический предмет и задача. Речь идет не только о религиозной жизни, но более широко — обо всей духовной жизни: о вере, о вдохновении, об интуиции, о творчестве, о мистике. Да, да! Мистика души — тоже достойный психологический предмет изучения.

Кроме того, многие проблемы психологии, избавленные от атеизма, приобретут совсем другие понимания и решения.

Чтобы выполнить эту задачу, которую, надо честно признаться, во всем объеме мы еще и не осознали, нужны усилия не только психологов, но и богословов, антропологов, философов, физиологов. Нужны огромные научные усилия, вера и молитва. Я убежден, что Господь нас привел к началу важнейшего церковного поприща: соединения науки, аскетики, богословия и душепопечения».

Наш современник — приснопамятный старец святой горы Афон Паисий о взаимодействии человека и психолога говорит следующее: «Многие люди, измученные проблемами, которые они сами себе создали собственными грехами, не идут к духовнику, который может им действительно помочь, но заканчивают тем, что “исповедаются” у психолога. Они рассказывают психологам историю своей болезни, советуются с ними о духовных проблемах, и эти психологи (своими советами) словно швыряют своих пациентов в середину реки, которую им нужно перейти. В результате несчастные или тонут в этой реке, или все-таки доплывают до другого берега, однако течение относит их очень далеко от того места, где они хотели оказаться... А вот придя на исповедь к духовнику и исповедовавшись, такие люди без риска и страха перейдут реку по мосту. Ведь в Таинстве Исповеди действует Благодать Божия, и человек освобождается от греха».

А вот как видит задачу православного психолога И. Н. Машкова — руководитель психологической службы при православном центре «Живоносный источник» в Царицыне: «Собственно, смысл нашей работы с человеком в том, чтобы подготовить его к общению со священником. Мы ни в коей мере не подменяем священнического служения, мы просто помогаем человеку совершить эту первоначальную работу размышления над собственной жизнью, чтобы он нашел болевые точки собственного “я”, которые ему помогают потом покаяться». Игумен Евмений так оценивает состояние современной психологии: «Поразительно то, что большинство отечественных психологов даже не подозревают о существовании такого большого пласта “психологических наработок”, свидетельствующих о том, что в Православии вот уже

около двух тысячелетий существует “психотерапевтическая школа” со своей четко выработанной концепцией, мировоззренческой платформой и детально разработанным инструментарием. Вот где “непаханое поле” для исследовательской работы специалистам — психологам, открывающим все новые и новые направления психотерапии, но, к сожалению, совершенно не знающим того сокровища, которое таит святоотеческая психология».

Православная психотерапия видит источник многих болезней как в психосоматических особенностях человека, так и в его страстях — она рассматривает человека не только как больного, но и как страждущего грешника, поэтому ее методология имеет свои особенности. Слово «страсть», как легко видеть, происходит от глагола «страдать» и обозначает внутреннюю болезнь. По словам Филофея Синаита, страсть «внедряется в душе долговременным пристрастием».

«Краткий психологический словарь» (1985) определяет страсть как сильное, стойкое, всеохватывающее чувство, доминирующее над другими побуждениями человека и приводящее к сосредоточению на предмете страсти всех его устремлений и сил. Причины формирования страсти могут определяться осознанными идейными убеждениями, исходить из низменных влечений, иметь патологическое происхождение (например, в случае паранойяльного развития личности). Страсть может быть принята, санкционирована личностью, а может осуждаться ею, переживаться как нечто нежелательное, навязчивое. Основным признаком страсти является ее действенность, слияние волевых и эмоциональных моментов. Единство нравственного, разумного начала и страсти нередко выступает движущей силой великих дел, подвигов, открытий. Следовательно, с позиций советской науки страсть в определенных случаях может играть положительную роль. По святоотеческой терминологии страсть относится к болезненным ненормальным явлениям душевной жизни. Это такое влечение, которое исключительно и односторонне возобладало над духовным началом в человеке. Если человеком не осуществляется самореализация как образа и подобия Божия, то основной причиной этого являются именно страсти, вырабатывающие в человеке ложные, превратные направления всей жизнедеятельности и лишающие его природной по сотворению способности добротолюбия и доброделания.

Согласно «Добротолюбию» — сборнику святоотеческих текстов, относящихся к аскетической практике, — страсти во всем их многообразии аскеты разделяют на телесные и душевные. Первые имеют место в телесных потребностях и рассматриваются как патологические психофизиологические состояния.

Существует внутренняя диалектика греховных страстей: одна страсть производит другую, более тяжелую. Например, чревоугодие порождает блуд; блуд приводит к сребролюбию; сребролюбие сменяется унынием; а уныние заканчивается гордыней. Центр тяжести всех страстей — и душев-

ных, и телесных — полагается в духовной сущности человека, в ее искаженном и поврежденном состоянии, т. е. в постановке самого себя в центр судьбоносной деятельности, в некую автономность путем своеумия, своеволия и самоугодия. Алкогольная и наркотическая зависимости в святоотеческом понимании диагностируются как страсть чревоугодия, или плотоугодия. Без подвига борьбы со страстями душа не достигает искомого исцеления. Более того, в этих случаях страсти могут передаваться наследственно, как генетически обусловленные заболевания.

Обратившийся за помощью страждущий пациент воспринимается православной психотерапией и как подвижник, вставший на путь преодоления своих немощей, и как страдающий грешник, измученный борьбой со страстями. Знание о том, что представляют собой страсти с позиций христианского аскетизма, необходимо для духовной диагностики, интерпретации клинических данных и результатов психологического исследования. Задача православной психотерапии — привести страждущего к покаянию через эмоционально-стрессовое осознание человеком страстных механизмов болезни, активизацию значимых духовно-нравственных переживаний, пробуждение резервных возможностей психики человека для восстановления искаженного в нем образа Божия.

По определению греческого архимандрита (ныне Митрополита) Иерофея Влахоса, православие располагает большим «психотерапевтическим потенциалом», поскольку все средства, которыми оно пользуется, да и сама его основная цель заключается в том, чтобы исцелить человека и направить его к Богу. Чтобы прийти к богообщению и достичь блаженного состояния обожения, необходимо, прежде всего, исцелиться, поэтому православие, наряду с другими его определениями, можно назвать медицинской наукой и курсом лечения. Однако оно явным образом отличается от других психотерапевтических методик, поскольку в центре его стоит Богочеловек, а не просто человек, и поскольку оно достигает своей цели не с помощью человеческих методик, но благодаря помощи и действию божественной благодати, при подлинном взаимодействии божественной и человеческой воли».

«Православная психотерапия в своих основах близка к личностно-ориентированной психотерапии, — считает С. М. Зарин, — поскольку рассматривает человека как созданного по образу и подобию Божию. Ей присущи христианское милосердие, врачебное человеколюбие и христолюбие в сочетании с умением пользоваться медицинскими и психотерапевтическими знаниями. Чуждость антропоцентрическому гуманизму, в основе которого лежит самодостаточность человека и представление о мире, что он есть и должен быть только областью человека, отдаляет и разделяет православную психотерапию как от директивной, так и гуманистической психотерапии. Православная психотерапия христоцентрична, она отвергает лжеблагочестие и неумеренный аскетизм, не соответствующий духу святоотеческого понимания».

Рассматривая с позиций психотерапии деятельную сакральную жизнь Церкви, выделим такие ее составляющие, как пастырское душепопечение (с Таинством Исповеди и Покаяния, институтом духовничества, специальными молебнами) и богослужение во всей литургической полноте. Психотерапевтический эффект каждого из них, ритмическая структура всей службы, участие в ней певчих и паствы, эмоциональная насыщенность — все подчинено единой цели — очищению души, а на языке психотерапии — разрядке отрицательных аффектов, катарсису. Русский философ и священник Павел Флоренский рассматривал ритм, темп и интонацию как древнейшие и существенные части богослужения. И если ритм, темп и интонация соблюдены, то чтение, пение, молитва производят свое очищающее действие на души людей, даже если их содержание воспринимается на подсознательном уровне [7].

Одним из первых святоотеческих пособий по психотерапии по праву можно назвать «Путь ко спасению» святителя Феофана (Говорова) — руководство, написанное во второй половине XIX в. Христианская жизнь систематично представлена в нем как метод преодоления личностных духовно-нравственных проблем, разрешения психотравмирующих ситуаций и коррекции неадекватных реакций. Детально описан весь психотерапевтический процесс: от анализа возникновения мотивации, служащей исправлению (предпосылки покаяния), до содействия в изменении жизненных установок (реконструкция отношений, нарушенных внутриличностным конфликтом). Обобщенный святителем Феофаном опыт подвижников предвосхитил востребованность психотерапии в научном понимании термина задолго до выделения ее в самостоятельное направление, отдельное от клинической психиатрии [7].

Говоря о православной психотерапии, следует различать две ее формы, взаимопроникающие друг в друга: научно-практическую (собственно медицинскую) и церковную. В первом случае все виды помощи (консультирование, диагностика, лечение, профилактика) осуществляются профессиональными врачами и медицинскими психологами в диапазоне психотерапевтических и общемедицинских мероприятий с учетом не только патогенеза заболеваний, но и действия страстей, и оттого такая помощь является врачебным медицинским мостом, приводящим в Храм. В связи с этим их теоретико-методологическая база указанных видов врачебной помощи аккумулирует знания как естественных, так и богословских наук. Во втором случае речь идет о Таинствах и психотерапевтическом воздействии практики церковного душепопечения, обрядов и дисциплин, установленных с апостольских времен, развитых в святоотеческий период и лишь незначительно скорректированных к настоящему времени [8]. «Таинство, по словам Архиепископа Харьковского Макария, есть священное действие, которое под видимым образом сообщает душе верующего невидимую благодать Божию, будучи установле-

на Господом нашим, чрез которого всякий из верующих получает Божественную благодать».

Области научно-практической и церковной психотерапии глубоко проникают друг в друга. Но есть между ними и разделяющая граница. Возможность совершения Таинств священником коренным образом отличает его от врача-психотерапевта. Ведь сам священник получил Дар Священства — как Таинство — через рукоположение, совершенное во время Божественной Литургии правящим епархиальным архиереем (епископом, архиепископом, Митрополитом), который, являясь прямым преемником апостолов, лишь один обладает всей полнотой церковной власти, полученной от Самого Господа Нашего Иисуса Христа, сказавшего Первоверховному апостолу Петру: *«...ты Петр, и на сем камне Я создам церковь Мою и врата ада не одолеют ее; и дам тебе ключи Царства Небесного: и что свяжешь на земле, то будет связано на небесах; что разрешишь на земле, то будет разрешено на небесах»* (Матф. 16:18–19). Именно невозможность совершения церковных Таинств врачом-психотерапевтом, как священником, ограничивает его духовное воздействие на больного человека.

Но при этом врач-специалист профессионально знает законы физического, психосоматического и психического устройства человека, к тому же он имеет конкретный практический опыт в борьбе с недугами. Вот почему врач как «духовник физических немощей», через свой врачебный авторитет может оказывать действенную и неоценимую помощь в формировании покаянного состояния у больного, помогает страждущему человеку воцерковиться: прийти в Церковь для совершения Таинств и, тем самым, восстановить самовольно нарушенные человеком отношения с Богом. Таким образом, православный врач закрепляет у больного положительный лечебный результат психотерапии и подтверждает свое божественное предназначение: *«Почитай врача честью по надобности в нем, ибо Господь создал его и от Вышнего — врачевание»* (Сир. 38:1).

Очень важно строго регламентировать и разделять функциональные обязанности врача и священника. Но порой непостижимый Божий промысел являет нам как примеры устранения всех разделяющих врача и священника границ жизненные пути таких выдающихся подвижников православия, как святитель Лука (Войно-Ясенецкий), Митрополит Антоний (Сурожский) и многих других Отцов Церкви прошлого и настоящего времени — врачей и священников одновременно.

Должен ли православный врач стремиться стать, в конечном счете, и священником? Многие врачи и целители, например, святой великомученик и целитель Пантелеимон, святые бессребреники Косма и Дамиан Асийские и другие таковыми не были. По нашему мнению, если врач нуждается в помощи священника, то у него создается своего рода целительная недостаточность. Последнее весьма полезно для смирения врача, прекрасно служит

профилактике возникновения высокого о себе профессионального самомнения и врачебной гордыни. Когда целитель, врач и священник соединяются в одном лице, появляется своего рода лечебная самодостаточность. Духовные ловушки в этом случае стоят на каждом шагу. Народная мудрость учит, что не следует стремиться усидеть на двух стульях одновременно.

Следовательно, врач и священник в православной психотерапии прежде всего выступают как соработники у Бога. Вот что пишет о соработничестве человека и Бога профессор Санкт-Петербургской духовной академии протоиерей Владимир Сорокин в книге «Исцеление словом. Вып. V. Исцеление верой»: «Человек по своему созданию и призванию — “соработник у Бога” (1 Кор. 3:9). Вдумайтесь, дорогие братья и сестры, в эти святые слова — соработник у Бога. Что может быть выше, благороднее... Неизмеримо высокое положение человека на служении у Господа предполагает, что он осознанно и ответственно будет жить, совершенствуя свои таланты и свои возможности. Для того чтобы уверенно и достойно нести свои жизненный крест, человеку нужно быть всегда в трезвом рассудке, душевном равновесии и телесном здравии. Всякая попытка насильно возбудить себя алкоголем, наркотиками или иными средствами есть бунт против своего Творца: *“Разве не знаете, что вы храм Божий, и Дух Божий живет в вас? Если кто разорит храм Божий, того покарает Бог, ибо храм Божий свят, а этот храм — вы”* (1 Кор. 3:16–17). В православном нравственном богословии всякое чрезмерное насилие над своим здоровьем расценивается как грех тонкого самоубийства. Слава Богу, в настоящее время есть все возможности для любого человека молиться дома и в храме, трудиться, благодарить и прославлять своего Творца. При желании даже те, кого пленил грех алкоголизма или наркомании, сегодня выздоравливают и успешно трудятся во славу Божию».

О подобном сотрудничестве врачей и священников при лечении психических болезней еще в 80-е гг. XX в. писал выдающийся русский врач — основоположник социального, гуманистического и реабилитационного направлений в отечественной психиатрии Д. Е. Мелехов в книге «Психиатрия и проблемы духовной жизни»:

«Перед духовником, а также перед психиатром, если он верующий человек, стоит первая задача — поставить духовный диагноз, т. е. необходимо определить, что в этих страданиях человека имеет непосредственно духовную причину и подлежит лечению духовному. Одновременно надо установить, что в его переживаниях оказывается проявлением душевной болезни, имеющей причину в нарушении мозговой деятельности или всего организма, а потому требует врачебной компетенции, вооруженной современными знаниями законов психологической жизни, законов биологической, эмоциональной душевной жизни и медицинского воздействия (область психиатрии и психофармакологии). Или, наконец, у пришедшего имеются такие психофизические нарушения, которые являются непосредственным следст-

вием личных или семейных грехов, и тогда нуждаются в духовных и психиатрических методах лечения одновременно. В таких случаях духовное выздоровление может привести к психическому выздоровлению. (Именно так Иисус Христос исцелил расслабленного, когда увидел духовную причину болезни и начал с ее устранения: Чадо, прощаются тебе грехи твои)».

Во втором и третьем изданиях «Психотерапевтической энциклопедии» (под ред. Б. Д. Карвасарского) впервые приводятся научно-медицинские трактовки молитвы, исповеди и духовности, но терминологические и теоретико-методологические аспекты православной психотерапии в должной мере еще не разработаны. Трудности на этом пути связаны с необходимостью соотнесения не только научных и святоотеческих понятий и категорий, но и особенностей восточно-христианского и западноевропейского мышления. Тем не менее, в российской практике православная психотерапия уже заняла свою нишу среди многообразия других психотерапевтических подходов, она призвана преодолеть их методологическую разобщенность положительными знаниями естественных наук и мудростью нематериалистического постижения цельности человека.

По нашему мнению, не следует даже косвенно пытаться разрушить околоцерковную ограду в поисках сходства функциональных обязанностей врача-психотерапевта, духовника и священника. Напротив, зоны их взаимодействия должны быть строго разграничены и регламентированы. Но при этом следует помнить, что врач и священник не конкуренты, а соработники у Бога, ибо *«жатвы много, а делателей мало»* (Лук. 10:2). И только совместными усилиями им удастся удержать от лукавых атак всеобщего врага необоримый Божий мост над адской бездной, все глубже и глубже отделяющей мир от Бога.

Концептуальные основы, принципы и сущность метода духовно ориентированной психотерапии и психокоррекции на православной основе в форме целебного зарока

Метод духовно ориентированной психотерапии и психокоррекции на православной основе в форме целебного зарока сформировался в процессе разработанной нами массовой эмоционально-эстетической стрессовой психотерапии и интеграции ее с православной психотерапией.

Метод положительно зарекомендовал себя в период с марта 1994 г. по настоящее время достаточно высокой эффективностью при лечении наркомании, алкоголизма, никотинизма, игромании, чревоугодия и иных бо-

лезненных влечений, приводящих человека к развитию патологических зависимостей.

Методология духовно ориентированной психотерапии и психокоррекции на православной основе в форме целебного зарока включает данные естественнонаучного и вненаучного познания: клинические симптомы зависимостей и обыденный здравый смысл, богословскую экзегезу и философскую рефлексию, духовный опыт и этические нормы христианства. Рациональность и медицинский прагматизм в данном методе гармонично сочетаются с мистическим учением Церкви. При этом естественно и органически успешно устраняется искусственно создававшееся неприятие психотерапии одновременно как медицинской науки и как искусства врачевания. Доступное для восприятия пациентов вербальное изложение научно-медицинской и духовно-религиозной информации, а также фабулы строго продуманного многоэтапного лечения, обеспечивает высокое качество психотерапевтических результатов.

В научной литературе этот метод первоначально назывался методом лечебного зарока, отражая лишь финальный этап комплексного психотерапевтического процесса, не раскрывая его важной отличительной особенности — обращенности к духовному началу в человеке.

После медицинских и богословских научных исследований, проведенных коллективом Международного института резервных возможностей человека — МИРВЧ, был сформулирован ряд концептуальных положений, определивших основу теории и практики метода духовно ориентированной психотерапии и психокоррекции на православной основе в форме целебного зарока.

1. Между естественнонаучными и церковно-антропологическими категориями и понятиями устанавливаются прямые и косвенные аналогии.
2. Интерпретация психотерапевтического процесса, его стратегий и анализ результатов проводится как на современной научно-методологической платформе, так и на основе древнейшего аскетического и патристического опытного знания.
3. Природа и состав человека соотносятся как с медицинскими представлениями, так и с эмпирическими данными христианской антропологии.
4. Этиология и патогенез болезненных влечений рассматриваются не только с позиций научно-медицинских знаний, но и с учетом аскетического опыта борьбы со страстями.
5. Межличностная коммуникация в процессе оказания помощи больным строится не только по медицинским правилам, но и в соответствии с правилами духовно полезной беседы.

Метод является духовно ориентированной психотерапией и психокоррекцией не только потому, что имеет прочный фундамент в религиозно-культурной традиции, но и потому, что обращен к духовному началу в человеке, т. е. к тому, что выше психики, изучаемой и врачуемой естественнонаучной медициной. Подобная психотерапия является не просто безмедикаментозным вербальным лечением, ориентированным только на психофизического человека, его ум, волю и совесть, но, прежде всего, она направлена на невидимые и анатомически не локализованные в человеке «органы» — дух и душу.

В данной концепции все болезненные влечения рассматриваются, прежде всего, как имеющие духовную обусловленность, а органические психосоматические поражения и функциональные расстройства зачастую являются следствиями духовного поражения. Этиология и патогенез патологических зависимостей, рассматриваемых как страсти, гораздо проникновеннее и ближе к их первопричине, чем в медицинской модели. Неизлечимость болезненных влечений современными медицинскими методами (зачастую достижение лишь кратковременной ремиссии) обусловлена, главным образом, тем, что основная цель современной наркологии — преодоление физической и психической зависимостей от психоактивных веществ. Духовная же зависимость до настоящего времени в медицинскую модель не включается, врачами психиатрами-наркологами в расчет не принимается и потому остается не исцеленной.

Обращение к внутреннему человеку в психотерапевтическом попечении метода духовно ориентированной психотерапии и психокоррекции на православной основе в форме целебного зарока — это попытка осознания (путем смирения и покаяния) и исцеления (Божией благодатью) не только видимых врачу отдельных симптомов болезни (психической и физической зависимости), но и скрытых от современной медицины коренных причин грехопадения в болезнь (духовной зависимости от психоактивных веществ), что принципиально отличает метод от всевозможных направлений и методов материалистической психотерапии, отрицающих главенствующее положение духовно-душевного над психосоматическим.

Согласно святоотеческому преданию, изложенному в «Добротолюбии», существуют несколько стадий формирования страсти как духовной зависимости, различающихся по глубине воздействия на душу «духов злобы поднебесной». Первая стадия — стадия прилогов — посылаемых человеку внешних навязчивых мыслей, возгревающих болезненное влечение: мысли лезут в голову. На примере опыта святых подвижников духовно ориентированная психотерапия и психокоррекция на православной основе в форме целебного зарока учит человека распознавать эти мысли и бороться с ними, ни в коем случае не принимая их за свои, что достигается воссозданием в сознании добрых помыслов, а также духовным бодрствованием и сердечной молитвой. Если человек проявляет легкомыслие и не придает значения подобным на-

вязчивым мыслям, то, сам того не желая, внутренне с ними «сочетается». Это вторая стадия — стадия сочетания. Если сочетавшемуся с болезненным влечением не оказать своевременной духовной, психотерапевтической и врачебной помощи, то навязчивые мысли станут сначала доминирующими, а потом сверхценными (состояние «прелести»), и вскоре человек не сможет думать ни о чем другом, а только о способах удовлетворения своей страсти. Это третья стадия — стадия пленения, которая при продолжающемся личном несопротивлении «духам злобы поднебесной» неизбежно перейдет в заключительную, четвертую — стадию рабства (бесоодержимости).

Метод имеет опытно сформировавшуюся и строго продуманную последовательную структуру: он сочетает этапы групповой и индивидуальной духовно ориентированной психотерапии и психокоррекции на православной основе. В рамках этих организационных форм выделяются этапы доврачебной (непосредственно при обращении), врачебной и церковной помощи.

Важнейшие отличия духовно ориентированной психотерапии и психокоррекции на православной основе в форме целебного зарока от массовой эмоционально-эстетической стрессовой психотерапии — это дальнейшее углубленное осознание понятия духовной зависимости, выработка правил и практических приемов духовной безопасности (в первую очередь, борьба с мыслями), интуитивно соборно развиваемых верующими врачами-специалистами под духовным окормлением Церкви. Кроме того, мы хотели подчеркнуть в новом названии метода его более глубокую, постоянно возрастающую духовную ориентацию по мере дальнейшего духовного роста и личного воцерковления врачей и психологов МИРВЧ. А также обязательное разделение медицинской и церковной частей лечения (по благословению Церкви), при полноправном сотрудничестве медицины и Церкви, основанном на взаимном профессиональном уважении.

Если при проведении эмоционально-эстетической стрессовой психотерапии (ЭЭСПТ) понятие духовной зависимости лишь интуитивно нащупывалось, а священник принимал непосредственное участие в структуре психотерапевтического сеанса с проповедью и молебном в период с 1991 по 1994 г., то после введения в 1994 г. нового метода по настоящее время медицинское лечение проводится отдельно от церковного. Духовная зависимость рассматривается при этом как снижение личной способности самого человека бороться с внешними навязчивыми мыслями, а также различать в евангельском понимании добро и зло.

Сегодня часть больных, проходящих лечение в Международном институте резервных возможностей человека, дают только медицинский (лечебный) зарок. Другие же после медицинского лечения решают пойти в Храм. Там они участвуют в Божественной Литургии, где во время Таинства Покаяния, при свидетельстве и разрешительной молитве священника перед Крестом и Евангелием, осознав недостаточность только психотерапевтиче-

ского лечения, дополнительно приносят и церковный (целебный) зарок Богу. По своему желанию люди могут давать медицинский и церковный зароки как вместе, так и порознь.

К сожалению, в современной России разрушены многие социальные и общественные ценности, нет общей, понятной всем, идеи общественного развития государства в целом и отдельной личности в частности, поэтому возникают гедонистские настроения: стремление без труда получить все, сразу и сейчас. Душа человека опустошена и, по нашему мнению, именно вера в высшее духовное начало — в Бога — призвана исцелить и спасти душу, оказать ей поддержку, раскрыть истинный смысл жизни и заполнить образовавшийся ныне духовный вакуум, погружающий душу в адскую бездну отрицательных духовных состояний (в том числе и депрессии).

Несомненно, метод духовно ориентированной психотерапии и психокоррекции на православной основе в форме целебного зарока, построенный на фундаменте массовой эмоционально-эстетической стрессовой психотерапии, сохраняет ее важнейшие принципы краткосрочности и экономичности. Сегодня эти концепции достаточно популярны и активно развиваются современным психотерапевтическим сообществом.

По данным центра информации МИРВЧ, эффективность лечения патологических зависимостей нашим методом не только не снижается, но наоборот, повышается приблизительно на 10–15% по сравнению с эффективностью стрессопсихотерапии по А. Р. Довженко. Метод является поистине народным методом лечения, доступным для самых широких и беднейших слоев общества, которые, по мнению выдающегося немецкого психиатра и политика середины XX в. К. Ясперса, становятся народом лишь тогда, когда обретают единую веру. Без веры люди остаются лишь неорганизованной человеческой массой или же превращаются в организованных зрителей.

Корректировка отдельных этапов и элементов лечебного сеанса постоянно проводилась под пристальным духовным руководством настоятеля Спасо-Парголовской Церкви Санкт-Петербургской епархии кандидата богословия, митрофорного протоиерея Василия Лесняка, при архипастырском окормлении приснопамятного Владыки Иоанна (Снычева). После кончины отца Василия 6 мая 1995 г. настоятелем Храма был назначен его друг и однокурсник по духовной академии кандидат богословия, митрофорный протоиерей Михаил Сечейко. Отец Михаил продолжил духовное окормление сотрудников Международного института резервных возможностей человека и Александро-Невского общества трезвости вплоть до 2003 г.

По благословению ныне здравствующего Владыки Владимира (Котлярова), Митрополита Санкт-Петербургского и Ладожского, работа сотрудников МИРВЧ была перенесена в Собор Федоровской иконы Божией Матери под руководством настоятеля Собора, кандидата богословия, протоиерея Александра Сорокина и благочинного Центрального округа, секретаря

Епархиального Совета, профессора, митрофорного протоиерея Владимира Сорокина.

Все это время по благословению Высокопреосвященнейшего Димитрия, Архиепископа Витебского и Оршанского духовное окормление МИРВЧ в Белоруссии осуществлял кандидат богословия, митрофорный протоиерей Михаил Уляхин. Указанные выше духовные отцы явились полноправными и активными соработниками в создании метода, ведь именно под их духовным окормлением проходило становление нового психотерапевтического направления.

В настоящее время организационная структура метода духовно ориентированной психотерапии и психокоррекции на православной основе в форме целебного зарока при лечении патологических зависимостей от алкоголя, курения, наркотиков, азартных игр и чревоугодия выглядит следующим образом.

1. Предварительный индивидуальный врачебный прием и медицинская подготовка больных к лечению, в том числе и в специализированной наркологической клинике (по показаниям).
2. Огласительная беседа врача-психотерапевта как научно-медицински обоснованная, так и духовно полезная, с предложением преодолеть болезненные влечения путем смирения, покаяния и обращения к Богу за помощью.
3. Совместная молитва врачей и больных и добровольное принятие общего медицинского (лечебного) зарока.
4. Индивидуальный прием пациентов — прием врачами индивидуального медицинского (лечебного) зарока.
5. Участие в Божественной Литургии в Часовне Святых Новомучеников и Исповедников Российских при Соборе Федоровской иконы Божией Матери всех пациентов, пожелавших принять церковный (целебный) зарок.
6. Чин исповеди и проповедь перед Божественной Литургией.
7. Индивидуальная исповедь и принятие индивидуального церковного (целебного) зарока перед Крестом и Евангелием.
8. Врачебная проповедь после чтения Евангелия на Литургии в Храме с произнесением текста общего церковного (целебного) зарока с амвона лечащим врачом, повторяемого с больными.
9. Причащение на Божественной Литургии пациентов, готовившихся к этому Таинству.
10. Молебен Александро-Невского братства трезвости.
11. Последующее врачебное психотерапевтическое реабилитационное сопровождение, включающее при необходимости и направление в реабилитационные центры.

12. Дальнейшее воцерковление и регулярные (не реже одного раза в месяц) посещения пациентами Храма для участия в Божественной Литургии. Индивидуальный прием психотерапевтом проводится по мере необходимости: при первичном обращении, после беседы-сеанса и в дальнейшем при появлении любых жалоб пациента на здоровье [1]. Таким образом, выросшая из массовой эмоционально-эстетической стрессовой психотерапии — духовно ориентированной психотерапии и психокоррекции на православной основе в форме целебного зарока — интуитивно соборно развиваемый (верующими врачами-специалистами под духовным окормлением Церкви) комплексный многоэтапный (разделенный на медицинскую и церковную части), как разъясняющий (катехизаторский), так и убеждающий (собственно лечебный) эмоционально-стрессовый психотерапевтический метод лечения патологических зависимостей (по святоотеческому определению — разновидностей страсти чревоугодия), ориентированный не только на психосоматическое лечение (тела и души), но и на духовное исцеление (духа, души и тела).

Стрессорность духовного воздействия являет собой понуждение души на избавление от греховных немощей, направляет ее путь в Царство Небесное, *«ибо Царство Небесное силою берется и употребляющие усилия восхищают его»* (Матф. 14:12).

Стрессорность же психотерапевтического воздействия достигается при этом максимальной мобилизацией воли пациентов и их активным участием в собственном исцелении (вследствие нужды), что происходит путем сосредоточения их внимания на словах врача (смирением); формированием большого искреннего желания лечиться (покаянием); снятием наркотической анозогнозии (смиренным восстановлением самокритики и чувства Божественной реальности); а также совместной молитвой врачей и больных; чтением Святого Евангелия; торжественным произнесением зарока перед Крестом и Евангелием; окроплением пациентов святой водой (освященной в Церкви); хиротесией (возложением рук врача на голову больного с произнесением молитвы о его исцелении); елеопомазанием (крестообразным помазанием освященным в Церкви елеем органов чувств больного как окон его души) и последующим воцерковлением (той части больных, которые после лечения у врача добровольно пришли в Храм для совершения Церковных Таинств).

Механизм нейро- и психофизиологического исцеляющего воздействия данного психотерапевтического комплекса в сочетании с совершением Церковных Таинств в Храме Божием (Крещения, Миропомазания, Причащения, Покаяния, Елеосвящения) избирательно направлен на преодоление духовной зависимости (главного патогенетического звена чревоугодия —

фундамента всех патологических зависимостей). И как следствие этого — одновременное освобождение от психической и физической зависимостей.

Не отрицая важнейшей роли внушения (как положительного, так и отрицательного) в личной и общественной жизни человека, врач, проводящий духовно ориентированную психотерапию и психокоррекцию на православной основе, искренне стремится максимально (насколько это возможно) уменьшить свое личностное (авторитетное) влияние на больного. Ведь Господь сказал: *«...сила Моя совершается в немощи»* (2 Коринф. 12:9). И там, где умаляется и смиряется человек, — возвеличивается Бог.

А человеческое внушение (даже самое сильное и эффективное) в лучшем случае дает лишь временный результат. И это время следует максимально использовать для примирения человека с Богом. Если же этого не произойдет, однажды «вылечившийся» у врача пьяница встретит бывших собутыльников и те проведут ему свое «эффективное контрвнушение», направленное на неизбежное возобновление выпивки... А посему следует помнить: *«Не обманывайтесь: худые сообщества развращают добрые нравы. Отрезвитесь, как должно, и не грешите: ибо, к стыду вашему скажу, некоторые из вас не знают Бога»* (1 Коринф. 15:33–34). Но лишь тогда битва со змием станет эффективной, когда отрезвеет самое войско: врачи, учителя и священники.

Святой Ефрем Сирин говорил, что пост и молитва — два крыла, помогающие человеку воспарить к Богу. Перефразируя высказывание великого подвижника православия, сегодня мы полагаем, что врач и священник — два ангельских крыла, помогающие больному подняться из зловонной пучины зависимостей. Пожалуй, в этом подходе и состоит основное качественное (коренное) отличие духовно ориентированной психотерапии и психокоррекции на православной основе в форме целебного зарока от существующих ныне современных методов лечения патологических зависимостей.

Таким образом, врач-психотерапевт, проводящий духовно-ориентированную психотерапию и психокоррекцию патологических зависимостей на православной основе, для достижения исцеления больного человека должен иметь веру, надежду и любовь. Верить в результаты своей работы, в эффективную помощь больному. Явить собой личный пример абсолютной трезвости, тем самым дав страждущему надежду на возможную трезвую и счастливую жизнь. Но главное, несомненно, любить человека, сострадать и сопереживать болящему. Всеми силами души ощутить людскую боль и даже иногда взять ее на себя. И такого врача, имеющего дар сострадания и духовного сопереживания, по праву нарекут человеколюбцем и целителем. И люди скажут: «У него бесценный Божий дар, которому невозможно научиться».

Метод духовно ориентированной психотерапии и психокоррекции на православной основе в форме целебного зарока (включая все его модификации) внедрен и апробирован в течение 18 лет (с 15 декабря 1988 г.) на базе Международного института резервных возможностей человека и Александ-

ро-Невского братства трезвости в Санкт-Петербурге. А также в его представительствах в Ленинградской, Псковской, Калининградской и других областях и филиалах: в Литве и Белоруссии. В настоящее время на основе метода выполнены и защищены три докторские и шесть кандидатских диссертаций, готовятся к защите еще три докторские и десять кандидатских диссертаций.

Необходимо отметить, что частота пятилетних ремиссий в группе больных, давших двойной зарок (медицинский и церковный) значительно ($p < 0{,}05$) выше, чем в группе больных, давших только медицинский (лечебный) зарок [1]. Таким образом, совместная работа врачей и священников достоверно повышает эффективность лечения пациентов с патологическими зависимостями.

Список литературы

1. *Григорьев Г. И.* Становление и организация духовно ориентированной психотерапии патологических зависимостей. СПб., 2007.
2. *Довженко А. Р.* Организация стрессопсихотерапии больных алкоголизмом в амбулаторных условиях: методические рекомендации. М., 1984.
3. *Григорьев Г. И.* Результаты лечения алкоголизма методом духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарока // Вестник психотерапии. 2004. № 11(16).
4. *Буль П. И.* Концептуальные основы метода стрессопсихотерапии по А. Р. Довженко // Вестник психотерапии. 2004. № 11(16).
5. *Ершов С. А.* Метод духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарока // Исцеление словом: Исцеление верой. Вып. V. СПб., 2002.
6. *Литвиненко К. Л.* Откуда возникают внутренние проявления и как их преодолеть. Взгляд православного психолога. М., 2006.
7. *Ершов С. А.* Исцеление словом / Под ред. С. А. Ершова, Г. И. Григорьева. Вып. III. Псков, 2000.
8. *Григорьев Г. И.* Метод духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарока // Вестник Православного медицинского Братства в честь святителя Алексея, Митрополита Московского. Витебск, 2002.

Глава 10

Практическая психология и деструктивные культы

Деструктивные культы и среда социального влияния

В последние десятилетия в России сложилась весьма тревожная ситуация, связанная с широким распространением и популяризацией деструктивных культовых организаций, обещающих своим приверженцам самые желанные и ценные для них блага — духовные, материальные, социальные — в обмен на полное подчинение и поклонение лидеру, идеологии и дисциплине такой группы.

Попавший в подобную группу человек за короткое время подвергается такому воздействию, которое во многих случаях превращает его в безвольный инструмент подчинения амбициям лидера и его ближайшего окружения. Полностью подавляется прежняя личностная идентичность, разрушаются все прежние социальные связи, внушается негативистское отношение ко всему внекультовому социуму [1].

В зарубежной, прежде всего американской, литературе это явление обозначается понятием «деструктивные культы», «тоталитарные секты», «деструктивные секты», а процесс десоциализации и навязывания культовой структуры личности — понятием «контроль сознания» или «реформирование мышления».

В России до недавнего времени применялся термин «тоталитарные секты», поскольку внимание общественности и немногочисленных исследователей привлекали в основном религиозные разновидности таких групп. В термине «деструктивные культы» выделена не организация жизнедеятельности таких групп, а главный результат их практики — разрушение личности, поэтому данный термин чаще употребляется специалистами-психологами. Следует отметить, что большинство сект действительно используют религиозное прикрытие, но существуют и политические, коммерческие, псевдотерапевтические, восточные медитационные и даже группы по избав-

лению от алкоголя и наркотиков (в которых одна форма зависимости просто заменяется другой).

По данным общественных организаций, Россия занимает третье место в мире по количеству деструктивных культов. В настоящее время в нашей стране действует не менее 2000 культовых образований, в них вовлечено несколько миллионов людей, причем многие из них — молодого возраста.

Помимо крупных культовых организаций существует большое количество возникающих и исчезающих деструктивных групп; одних только сатанинских сект существует несколько десятков. Следует отметить рост коммерческих групп, играющих на фантазиях людей о большом богатстве и власти. Многие из них устроены по типу пирамид «многоуровнего маркетинга».

Причинами широкого распространения деструктивных культов в России в последние десятилетия являются следующие.

1. Распад в современном обществе прежних устойчивых групп и идей, которые позволяли индивиду последовательно проходить от одного этапа социализации к другому (школа: «октябрята», пионерская организация, комсомол), не теряя связи с социумом.
2. Одновременно резкое возрастание требований к таким качествам личности, как индивидуализм, самостоятельность, ответственность.

   Произошел резкий глобальный переход от «общества групп» к «обществу личностей», но при этом сохранился, что очевидно и в настоящее время, социальный, групповой характер психики человека, потребность в присоединении к группе со стабильной системой ориентации.
3. Легкость регистрации под видом религиозных организаций различных культовых групп, которая предусматривается законом «О свободе совести и религиозных организаций».

В настоящее время данная проблема представляет существенный интерес для психологов, психотерапевтов и психиатров по нескольким причинам.

Во-первых, в связи с обращениями родственников членов культовых организаций в психологические службы. Во-вторых, потому что в деятельности деструктивных культов широко используются возможности современной практической психологии и психотерапии. Независимо от того, имеют ли лидеры культовой группы специальную психологическую подготовку или пользуются интуитивными приемами ресоциализации, во многих случаях осуществляется массированное использование против личности достижений психологической науки и практики.

К сожалению, некоторые политические деятели, а также психологи и психиатры не только не замечают существования этой проблемы и не понимают ее сущности, но в некоторых случаях сами становятся адептами сект и пропагандируют их достижения.

Признаки деструктивного культа

Деструктивный культ — это любая авторитарная иерархическая организация (религиозная, политическая, психотерапевтическая, коммерческая), которая практикует вербовку и контроль сознания. Признаки деструктивного культа следующие.

1. Контроль сознания: манипуляции с использованием насильственного обращения в веру или техник модификации поведения без информированного (осознанного) согласия.
2. Харизматическое лидерство. Провозглашение божественности или особой мудрости лидера и требование беспрекословного согласия с доктриной и дисциплиной группы. Руководство может состоять из одного человека или небольшого ядра лидеров.
3. Обман. Вербовка и сбор средств осуществляются при скрываемых целях и без полного раскрытия использования техник контроля сознания.
4. Исключительность. Секретность и неопределенность для последователей относительно деятельности и убеждений.
5. Отчуждение. Отделение от семьи, друзей и общества, изменения ценностей и их замещение культом как новой «семьей», очевидность постепенных или резких личностных изменений.
6. Эксплуатация. Может быть финансовой, физической или психологической.

   Например, давление с целью получить в качестве взноса деньги, заставить очень много заплатить за курсы или сделать большой взнос на специальный проект, вовлечение в неприемлемые формы половой активности, даже злоупотребления в отношении детей.
7. Тоталитарное мировоззрение («синдром мы—они»). Приводит к зависимости, преобладанию групповых целей над индивидуальными, оправданию аморального поведения.

Методы вербовки

Почему люди вступают в культы? Специалисты в области исследования деятельности культовых организаций объясняют членство в деструктивном культе результатом двух составляющих сил. Во-первых, это тактики, приемы, техники, которыми пользуются культы, чтобы вербовать, обращать, обрабатывать и удерживать культистов, и, во-вторых, личная уязвимость потенциального новичка. Вербовщики культа — это, как правило, специально

подготовленные люди. Их основная задача — как можно скорее привести новичка на коллективное мероприятие: это может быть семинар, собрание, служба, сеанс медитации или концерт духовной музыки и т. п. Смысл один: в группе, особенно незнакомой, человеку легче что-то внушить, убедить, легче незаметно им манипулировать.

Вербовщики культа обращаются, как правило, к тем, кто находится в каком-либо непривычном, неустойчивом или неприятном психологическом или социальном положении.

Выделяют следующие группы риска: люди на отдыхе, студенты (особенно первого и последнего года обучения), пожилые люди, недавно ставшие пенсионерами или потерявшие близкого человека и оказавшиеся одинокими на старости лет, подростки, переживающие кризис самоопределения, и в общем-то, любой человек, переживший стресс, испытывающий потребность в поддержке, сердечности, любви.

Группу риска составляют также личности, занятые духовными поисками, индивиды с художественным складом ума. Американские специалисты выделяют также особую группу риска — это те, кто думает: «Ну, уж меня-то не проведешь!» В целом можно сказать, что при некотором стечении обстоятельств жертвой манипуляции со стороны деструктивных культов может оказаться, хотя бы ненадолго, любой человек.

Исследователи описывают четыре признака вербовщика: чрезвычайно дружественный человек; слишком заинтересованный в вас; осыпает вас похвалами и комплиментами; тот, у кого есть все ответы на все вопросы.

Психологические приемы, которые использует вербовщик: визуальный контакт, физический контакт; демонстрация активного, объединяющего интереса к идеям, надеждам, целям вербуемого; забота о благополучии клиента с выражением понимания его чувств, эмоционального состояния; извлечение личной информации о текущем положении вербуемого, его проблемах, стрессах.

Если вербовщик добивается успеха, клиента приглашают посетить группу.

В качестве примера рассмотрим религиозный культ «Ассоциация Святого Духа за объединение всемирного Христианства» преподобного Сан Мен Муна (корейца по национальности) — секты, практикующей тоталитарное воздействие на сознание адептов, формирующее «культовую личность». Основная деятельность в социуме — проповедничество, вербовка на улицах, продажа сектантской литературы, «файндрейзинг» (сбор средств), который является важнейшим элементом оценки «достойности» принятия молодого адепта в организацию. Для осуществления «файндрейзинга» создаются массовые передвижные команды, путешествующие по всему миру. В результате лица, попавшие в секту, практически полностью, не только психологически, но физически теряют связь со своими семьями. Преподобный Сан Мен Мун объявил себя новым Мессией. Мунизм стал одним из крупнейших нетради-

ционных религиозных движений, его последователи ведут активную вербовку молодежи как в студенческих городках, так и в городских филиалах своих организаций. Проповедникам мунизма удалось достигнуть впечатляющих результатов: счет новообращенных идет на десятки тысяч.

Вербовщиков-мунистов можно узнать по следующим характерным приемам [2]. Миловидная девушка останавливает потенциального новичка прямо посреди улицы и вручает ему какую-нибудь листовку, при необходимости назвавшись, например, представителем «международного студенческого союза тех, кому небезразлично будущее мира». После непродолжительной и приятной беседы девушка, очевидно находясь под впечатлением гражданской сознательности молодого человека, приглашает его на бесплатный официальный обед, назначенный на ближайший вечер. Название приглашающей организации, как правило, звучит солидно и не вызывает каких-либо сомнений. Привлекательная девушка, сияя глазами, расхваливает предстоящий обед как источник бесконечного удовольствия и одновременно чрезвычайно важное мероприятие. Допустим, юноша принимает предложение. В этом случае его ждет так называемая «приемная для посетителей», а также компания из других молодых людей, из которых пятеро или шестеро могут быть такими же гостями, как и он сам, а все остальные — хорошо натренированными вербовщиками. Помещение удобно обставлено, для гостей накрыт неплохой стол, среди собравшихся царит атмосфера радости и безусловного принятия. Все говорит о том, что хозяева испытывают искреннее уважение и интерес к гостю, а также ко всему тому, что он считает нужным сказать, вернее, почти ко всему, как он убедится чуть позже. «Старожилы», составляющие большинство присутствующих, умело направляют беседу, то описывая благие дела, которые организация свершает по всей планете, то заостряя внимание слушателя на том, как проповедуемые организацией идеи помогают людям преодолевать трудности и несовершенства современной жизни.

После обеда на сцену выходят исполнители народных песен под гитару. Праздничное пение и танцы продолжаются около часа. Затем следует лекция и показ слайдов. Тем и другим руководит представитель старшего поколения, улыбчивый мужчина с хорошо подвешенным языком. Он спрашивает гостя: «Вы хотите стать еще более счастливым человеком? Вам не кажется, что и неудовлетворенность жизнью, и ощущение потери ее смысла, которое вам наверняка случается испытывать, могут в действительности быть следствием того, что вы живете в несчастливом обществе, погрязшем в заблуждениях?»

Если гость произносит в ответ то, что от него хотят услышать, вокруг расцветают улыбки, каждое его слово воспринимается с радостью. Отрицательный или неуверенный ответ — и слушатели хмурят брови, избегают его взгляда. В какой-то момент юноша начинает понимать, что находится среди

последователей религиозного движения, однако пока не придает этому факту особого значения.

Показ слайдов продолжается. Перед вербуемым мелькают яркие и привлекательные сценки из жизни счастливых людей в живописном горном селении, которым руководит Церковь Объединения. После окончания представления гости получают приглашение провести в этом поселке выходные, а то и целую неделю. «Как раз сегодня туда отправляется машина, и в ней есть свободные места!» Люди вокруг постоянно касаются друг друга, держатся за руки, обнимаются. Хочешь еще немного продлить эти приятные мгновения? Если вербуемый решается провести выходные дни с новыми знакомыми, то по дороге в поселок его вовлекают в беседу, слегка затрагивая его религиозные убеждения. Следующие два дня ему предстоит провести согласно жесткому и чрезвычайно насыщенному графику: все расписано с 8 утра до 11 вечера. Новички просыпаются под хоровое пение обитателей поселка, затем — молитвы и утренняя зарядка, завтрак, хоровые занятия, за которыми следуют две лекции, разъясняющие принципы и убеждения Церкви Объединения. Затем — обед, после которого — спортивные игры, снова пение, снова лекция, ужин и вечерний дискуссионный клуб. Все проходит бодро, на эмоциональном подъеме.

Происходящее напоминает летний молодежный лагерь в лучших его проявлениях. Постоянные члены общины, кажется, вполне довольны своими повседневными заботами. Новичку же приходится слушать лекции и дискуссии по самым непростым вопросам: Библия, Иисус Христос, смысл жизни.

Основной акцент в этих обсуждениях приходится на любовь, веру и нравственность; лейтмотивом проходит мысль о том, что общество сбилось с пути истинного из-за похоти, жадности и прочих разнообразных пороков, но тот, кто примет философию преподобного Муна, сумеет изменить мир к лучшему. Новичок никогда не остается наедине с самим собой. Как минимум один член общины (зачастую это привлекательный представитель противоположного пола) сопровождает вербуемого, не отставая ни на шаг. Во время дискуссий и трапез в каждой группе на одного новичка приходится не менее одного старожила.

Внимательный наблюдатель может заметить, что члены общины весьма искусно строят общение с вновь прибывшими. Они очерчивают круг верований, принятых в Церкви, порицают утверждения и идеи, не согласующиеся с их позицией, хмурятся, если гость выказывает признаки негативного отношения к увиденному, и расплываются в улыбках всепоглощающей любви, если гость выражает удовлетворение. Обитатели общины помогают друг другу создать видимость согласия и мудрости, пронизывающих их жизнь. Новичок же начинает чувствовать себя желанным гостем: он нравится окружающим, он становится «членом семьи», частью чего-то большого и значительного, он посвящен в какую-то очень важную тайну. К вечеру последнего

дня он получает приглашение остаться еще на недельку или подольше — с тем чтобы «получше познакомиться с нами» и открыть для себя новые решения тех вопросов, «на которые в этот раз просто не хватило времени».

В одном случае из трех после чудесно проведенных выходных новичок с удовольствием принимает приглашение общины погостить еще немного. В одном случае из десяти он, в конечном счете, решает стать полноправным членом секты. Как правило, новообращенные бросают школу или университет, передают общине все свои деньги и все имущество, отказываются от семьи и близких друзей, всецело посвятив себя делу борьбы со злом и распространению добра — преимущественно за счет попрошайничества и охоты за новыми кандидатами в члены секты.

В дальнейшем принявшие веру позволяют преподобному Муну решать за них вопрос выбора спутника жизни. В 1982 г. Мун совершил обряд массового бракосочетания на Мэдисон-сквер-гарден, в котором приняли участие 2100 пар, все до единой составленные лично Муном. Некоторые из молодоженов познакомились только во время свадьбы. Подобная церемония проходила и в Санкт-Петербуге. Будущие супруги в белых платьях и черных костюмах шли строем, причем некоторые поодиночке, потому что жених или невеста по каким-то причинам не смогли прибыть на собственную свадьбу из Кореи, Германии или другой страны. Этот факт не является существенным, свадьба состоится заочно.

В чем же секрет эффективности описанных методов вербовки? Существуют две причины очень быстрого обращения новых членов Церкви.

Первая заключается в том, что большинство молодых людей в момент вербовки испытывают чувства социальной отверженности, одиночества или страха, неуверенности в собственном будущем. Вот как описывает Стивен Хассен [3], автор бестселлера «Секреты манипуляций сознанием», вышедшего в нашей стране в 2002 г., как он обманным путем был завербован мунистами. «Мне было 19 лет, я был студентом предпоследнего курса Квинс-колледжа. В тот роковой февраль 1974 г. я только что расстался со своей подругой и был заманчивой мишенью: способный, образованный, из состоятельной семьи, идеалистически настроенный, в тот момент я оказался не способен противостоять улыбкам трех привлекательных и заигрывающих женщин, пригласивших меня на обед. За обедом последовали более длительные встречи. После трехдневного семинара я пришел к убеждению, что Богу угодно, дабы я бросил учебу, оставил работу, передал по доверенности свой банковский счет и последовал за “Мессией” и моим истинным отцом — Сан Мен Муном. За несколько коротких недель я уверовал в приближение Армагеддона, и что миссия по сокрушению Сатаны и созданию Царства небесного на земле возложена именно на нас». Разумеется, мунисты умышленно выбирают к качест-

ве «мишени» для вербовки тех, кто выглядит одиноким, несчастным, безвольным.

Вторая причина — количество и многообразие применяемых вербовщиком стандартных техник психологического влияния. Среди них можно выделить следующие.

1. Небольшая уступка, на которую соглашается вербуемый, влечет за собой все более существенные уступки: приходи на обед — проведи в общине выходные — останься еще на недельку — отдай нам свои деньги.
2. Решение личных проблем.
3. Отсутствие возможности протестовать или спорить: новичка постоянно пичкают все новой и новой информацией, занимают различными мероприятиями, он никогда не остается наедине с собственными мыслями.
4. Сила групповой динамики: здесь значение имеют и количество, и личное обаяние и обходительность членов общины, вступающих в личный контакт с вербуемым.
5. Позитивное подкрепление (улыбки, вкусная пища, внимание и забота, уделяемые гостю общины, и т. п.).

Этап обращения

После вербовки наступает этап обращения. Цель этого этапа заключается в том, чтобы вербуемый безусловно принял идеологию, практику и характерные черты личности, предписанные группой. Успешное обращение сопровождается радикальным изменением новообращенных — изменяется прежний стиль жизни, словарный запас, интересы, ценности, формируется культовая личность. Ее требование — будьте «как дети», «полностью спокойны», «отделенными от материального мира» и т. п. Этот разрыв с прошлым не всегда проходит безболезненно, особенно на первоначальных этапах. Возникают мощные стрессы, человек чувствует разорванность прежней и теперешней жизни, но непрерывное подчинение практике и идеологии культа снимает эти стрессы и прежний жизненный опыт становится существенно отделенным от сегодняшнего сознания.

Специальные приемы, используемые для обращения.

1. Контроль времени и поведения (строгий график деятельности). Для этого используются лекционные марафоны, длительные заседания, интенсивные консультации один на один, гипнотические упражнения, энергичные виды спорта, медитация, монотонное пение, молитвенные собрания, недостаточные сон и питание. Результат: ослабление психо-

логических защит, снижение концентрации внимания, физическое и эмоциональное истощение, ослабление критичности, трансподобные состояния, которые делают человека в высшей степени поддающимся внушению.

2. Информационный контроль. Например, клевета на внешние источники информации, такие как газеты, телевидение, или их отсечение, бомбардировка культовой литературой, лекциями по идеологии, классифицирование информации о культе как «секретной», открытая ложь, разрыв связей с внешним миром. Результат: информационный контроль предотвращает критическую оценку культа.
3. Манипуляция языком. Имеется в виду приписывание новых и дополнительных значений обычным словам, использование особенного словаря (например, искусственных слов и фраз), введение иностранного языка в разговор или пение, стремление отбить охоту к «банальному» разговору о некультовой деятельности и интересах, ограничение выражения личных мыслей и чувств, особенно о своем прошлом. Результат: завербованные чувствуют себя посвященными в исключительный язык и новое знание. Они начинают удобнее чувствовать себя, общаясь с другими членами культа, чем с людьми вне культа. Новообращенные начинают больше отождествлять себя с культом, меньше — с некультовым миром, менталитет поляризуется: мы — они.
4. Отучивание от критического, рационального мышления. Многие культы отделяются от сомнений, критики и вопросов культистов утверждениями типа: «Все станет ясно со временем», «Если ты хочешь узнать Бога, ты должен выйти за пределы рациональности» или угрозами: «В корне всякого сомнения — Сатана». Результат: вербуемые испытывают чувства вины из-за сомнений. Многие начинают рассматривать свой разум, интеллект как оружие Сатаны, нарушитель спокойствия.
5. Обучение методикам, вызывающим транс. Оно может включать в себя медитацию, монотонное пение, глоссолалию (произнесение бессвязных бессмысленных звукосочетаний в состоянии индивидуального или группового экстаза), самогипноз, визуализацию, контролируемые дыхательные упражнения (которые приводят к обеднению или перенасыщению крови кислородом, что изменяет процесс мозговой деятельности). Результат: эти методики, особенно если они раскрываются перед новообращенным в ходе напряженных церемоний посвящения, часто заставляют вербуемых чувствовать себя причастными к божественным силам. Стимуляция трансов очень действенна в подавлении сомнений и возрастании внушаемости. Некоторых особенно уязвимых людей применение подобных методик может привести к психическим срывам.

6. Групповое давление. Осуществляется позитивным подкреплением нужного поведения и наказанием в случаях, когда новообращенный говорит или действует вопреки культовым предписаниям. Результат: подчинение группе.
7. Исповедальные сессии. На таких сессиях культистов вынуждают выдавать сугубо личную информацию о прошлых и настоящих поступках, грехах, реальных или воображаемых. Результат: постепенно формируется зависимость от этой самопорочащей деятельности как способа снятия чувства вины и стыда. Вместе с тем, те, кто хотел бы покинуть культ, часто очень боятся, что культ может воспользоваться этой информацией, чтобы шантажировать их.

Поддержание верности новообращенных

Лидеры деструктивных культов осознают, что даже самые преданные обращенные поддаются сомнениям и могут отступиться, если не обеспечить интенсивную и постоянную программу поддержки. Тактики, которые используются для этого.

1. Убедить обращенного придерживаться сурового образа жизни, который отражает ценности культа. Многие культы содержат своего рода общежития — «монастыри», ашрамы и т. п., где вся деятельность концентрируется вокруг культовых целей. «Гуру любит всех своих детей, но особенно тех, кто посвящает ему всю свою жизнь». Результат: усиливается подчинение и преданность; кроме того, не остается времени на сомнения.
2. Чрезмерное использование методик, вызывающих транс. Результат: подавление мыслей, чувств и сомнений, ослабление интеллектуальной и критической способности.
3. Публичное заявление о верности. Поощрение сделать торжественное заявление о верности, подписать заявление, участвовать в вербовке новых членов. Результат: усиление преданности обращенных культу, возникающие мысли покинуть культ рассматриваются как предательство доверия.
4. Угрозы санкций за уход, такие как: «Если ты уйдешь, твоя жизнь развалится на куски», «Твои родственники будут в опасности», «Ты отправишься в ад». Результат: формирование фобий.
5. Обещание вознаграждения, например спасения. Результат: обращенные постоянно стремятся к утопическому идеалу и обвиняют самих себя за то, что плохо стараются.

6. Ограниченный доступ к внешним источникам информации или его отсутствие. Результат: ослабление критичности мышления, укрепление представления о том, что сомнения относительно группы отражают недостатки сомневающегося, а не группы.
7. Отсутствие некультовых связей и эмоциональной поддержки. Результат: зависимость от культа, чувство отчуждения и паранойя в отношении некультового мира.
8. Контроль сексуальной близости и интимных отношений внутри культа. Результат: зависимость и формирование искаженного, обезличенного взгляда на половые отношения.
9. Постоянная исповедь и опорочивание себя. Результат: обращенный чувствует себя в долгу перед культом за «спасение».
10. Финансовые обязательства, требующие передачи в пользу культа наследства, банковских счетов и другого имущества. Результат: культисты остаются без средств к существованию и целиком зависят от группы.

Процесс ресоциализации личности осуществляется с помощью контроля сознания и реформирования мышления.

Контроль сознания или «реформирование мышления»

Многие люди в наше время сталкиваются с ситуацией, когда кто-то из знакомых, коллег, родственников неожиданно увлекается какими-то оригинальными идеями, регулярно проводит время в некоей группе, о которой рассказывает неохотно, стремительно отказывается от прежних интересов, жизненных целей, общения с друзьями и буквально на глазах превращается в незнакомую, отчужденную личность. Этот человек приобретает «стеклянный» взгляд и механические интонации в голосе, при попытках поговорить с ним переходит в состояние «параллельного существования» или отвечает агрессивно, либо вообще исчезает из вашего окружения, расставаясь с семьей, работой, прежним образом жизни.

Психологам, психотерапевтам, психиатрам все чаще приходится выслушивать родственников вышеописанных людей, обеспокоенных происходящим, ищущих помощи и не всегда ее получающих. Нередко специалисты, опираясь на традиционные подходы, классифицируют такие изменения как результат внутрисемейного конфликта, «оригинальный личностный рост», либо как симптомы каких-то психопатологических процессов, либо личные проблемы тех, кто к ним обратился за помощью. Во многих случаях, к сожа-

лению, это картина последствий деструктивного контроля сознания, применяемого в тоталитарных группах.

Часто люди представляют себе контроль сознания как некий мистический процесс, который нельзя охарактеризовать в конкретных терминах. Занимаясь этой проблемой, Стивен Хассен пришел к заключению, что в действительности термин «контроль сознания» связан с определенным набором методов и методик, влияющих на то, как человек думает, чувствует и действует. Если применение методов контроля сознания не лишает человека свободы выбора и предоставляет возможность самостоятельно распоряжаться своей жизнью, результаты могут быть и благотворными. С помощью применения методов контроля сознания людям помогают избавиться от дурных привычек, таких как курение, злоупотребление алкоголем, при этом не затрагиваются никакие другие виды поведения. Контроль сознания становится разрушительным тогда, когда с его помощью подрывается способность человека думать и действовать независимо.

Применение контроля сознания в деструктивных культах направлено на разрушение подлинной личности — ее поведения, мыслей, эмоций — и ее вторичное конструирование по образу, соответствующему доктрине культа. Это делается путем жесткого контроля и управления физической, эмоциональной и духовной жизнью адепта. Культовый контроль сознания — это социально организованный процесс, поощряющий зависимость и подчинение. С. Хассен, исходя из своего опыта работы с бывшими членами культов, выделил четыре компонента контроля сознания:

1) контроль поведения;
2) контроль мыслей;
3) контроль эмоций;
4) контроль информации.

Контроль поведения — это постепенно нарастающее регулирование физической реальности человека. Он проявляется в самых разных формах, включая манипулирование сном, изменение диеты, вторжение в личную жизнь, отрыв от семьи, друзей. Культы часто навязывают своим членам жесткий режим жизни: когда участники не заняты индокринацией и культовыми ритуалами, перед ними ставятся конкретные цели, максимально ограничивающие свободное время. Чтобы отбить охоту к проявлениям индивидуализма, культивируется система «приятельствования», когда старший «послушник» постоянно опекает новичка, запрещается одиночество, поощряется доносительство, применяются наказания за «неправильное» поведение. Все члены культа связаны групповыми ритуалами, которые могут включать особую манеру речи, позы, выражение лица.

Контроль поведения осуществляется с помощью следующих специальных приемов.

1. Регулирование физической реальности индивидуума: где, как, с кем живет и общается член группы; какую одежду, прическу носит, какие выбирает цвета; какую пищу ест, что пьет; финансовая зависимость; минимум времени на досуг.
2. Основное время посвящается групповым ритуалам и индокринации.
3. Для принятия решений нужно спрашивать разрешения.
4. Необходимо сообщать старшим о своих мыслях, чувствах, действиях.
5. Поощрения и наказания (позитивные и негативные подкрепления).
6. Групповое мышление.
7. Жесткие правила и предписания.

Информационный контроль. Управляя потоком информации и способностью ее обрабатывать, культы не позволяют людям здраво судить о собственной жизни и деятельности группы. Информационный контроль начинается уже в момент вербовки, когда скрывается или искажается информация об истинных целях группы. В дальнейшем людям выдают только ту информацию, к которой их считают «готовыми», или такой ее объем, который необходим для выполнения задания. Идеология культа допускает много уровней «истины», включая доктрины для «посторонних» и «посвященных»: умеренный материал, содержащий смягченные версии верований группы, выдается широкой публике и новообращенным, но существуют доктрины и для «своих». Как правило, разъяснение культовой доктрины бывает отсрочено до того момента, когда способность к объективному восприятию практически исчезает. Информационный контроль включает в себя блокирование любых критических или отрицательных точек зрения. Многие культы попросту запрещают своим членам доступ к любому внекультовому источнику сведений — журналам, телевидению, радио, Интернету. Контроль информации включает также надзор за взаимоотношениями членов группы с другими людьми. Эта информация, как и та, что сообщается участником на исповеди, часто используется в качестве средства манипуляции.

Специальные приемы информационного контроля.

1. Использование обмана (преднамеренно утаивается или искажается информация).
2. Доступ к некультовым источникам информации сведен к минимуму.
3. Разделение информации на части: для посвященных и аутсайдеров.
4. Поощрение слежки за другими членами группы и доносительство.
5. Широкое использование культовой литературы.
6. Неэтичное использование исповеди.
7. Культивирование повиновения и зависимости.

Контроль мышления. В культе, осуществляющем контроль сознания, доктрина группы рассматривается как абсолютная истина. Как правило, ее можно выразить простейшей формулой: «Мы — истина, мы — путь. Все, кто не с нами, погибнут. Мы знаем, а вы — нет». Адептов культа учат, что лидер всегда прав, не позволяют в этом даже сомневаться. Хороши только те мысли, что выражают согласие с лидером. Никакие альтернативные системы верований не признаются законными, хорошими или полезными. Адептами беспрекословно должна быть принята групповая схема реальности как непосредственная реальность. Добро — это мы, Зло — это они. Таким образом формируется тоталитарное мировоззрение.

Для осуществления контроля мышления применяются следующие приемы и техники.

1. Позитивное подкрепление только «хороших» мыслей.
2. Применение гипнотических техник, вызывающих измененные психические состояния.
3. Применение «мыслетормозящих» техник (монотонное говорение, медитация, моление, глоссолалия, пение, гудение).
4. Использование «специального языка», блокирующего мышление.

Некоторые культовые лидеры специально изучают нейролингвистическое программирование (НЛП), большинство пользуется обычными гипнотическими методиками, чтобы вызывать состояние транса. Медитирование с целью подавления мышления, монотонное повторение какой-либо фразы часами или декламация формул самоубеждения — все это является мощным средством индоктринации в условиях контроля сознания.

Эмоциональный контроль. Культы добиваются контроля над эмоциями своих членов, поддерживая эмоциональный дисбаланс. С одной стороны, большинство культов заставляют людей ощущать нечто особенное, осыпая их похвалами («бомбардировка» любовью) с целью поощрить верность и преданность. С другой стороны, осуществляются манипуляции с чувством вины и страха у адептов с целью поставить их в зависимость от группы. Заманивание в группу начинается с проповеди любви и идеализма, но как только человек становится адептом группы, культ начинает прививать ему чувство страха, чтобы приручить до такой степени, что он превращается в параноика или страдает фобиями. Фобии парализуют человека и не дают ему делать то, чего он хочет по-настоящему. Например, мунисты сообщают своим адептам, что десять поколений их предков увязли в духовном мире, и только от них зависит спасение этих предков. Если они не исполнят приказания лидера, то все родственники в духовном мире будут вечно обвинять их в недостатке веры и предательстве. Кришнаитам внушается, что если они когда-нибудь покинут группу, то пройдут через десять тысяч реинкарнаций, как какие-нибудь тараканы или блохи.

Контроль над эмоциями осуществляется с помощью следующих приемов.

1. Манипулирование эмоциональным спектром личности и его сужение.
2. Формирование и эксплуатация чувства вины (личная вина, социальная вина, историческая вина).
3. Эксплуатация чувства страха (боязнь мыслить независимо, боязнь «внешнего мира», боязнь врагов, боязнь потерять «спасение», боязнь неодобрения, боязнь покинуть группу, стать отверженным).
4. Провоцирование частой смены эмоциональных пиков и спадов.
5. Ритуальное и часто публичное признание «грехов».
6. Индоктринация фобий (внушение иррациональных страхов, связанных с уходом из группы или сомнениями в авторитете лидера). Например, «нет счастья вне группы», «уход из группы повлечет за собой страшные последствия: адские муки, одержимость демоном, безумие, неизлечимые болезни, самоубийство».

Каждый из описанных видов контроля — поведения, мышления, информации, эмоций — имеет собственный потенциал, способный изменить личность человека. Когда применяются все виды контроля, результат оказывается экстремальным. Большинство деструктивных культов используют не все формы контроля сознания.

Практически все аспекты современной жизни формируются под тем или иным влиянием, но конструктивное влияние отличается от деструктивного. Позитивное влияние поощряет независимое мышление и самостоятельное принятие решений, поддерживает самосознание и самоконтроль, развивает индивидуальность и творческий потенциал, свободное волеизъявление. В деструктивном культе создается псевдоличность: подавляется подлинное Я, индивидуальность отодвигается на второй план, свободная воля разрушается. Таким образом создается культовая личность.

Этапы установления психологического контроля

Чтобы установить психологический контроль над человеком, нужно изменить его сознание и создать новую личность. Мы уже знаем, что для этого необходимо контролировать его поведение, эмоции, мысли и поступающую к нему информацию. Существуют техники, позволяющие воздействовать на психику человека: гипнотический транс или введение человека в любое другое измененное состояние сознания, внушение, лингвистическое моделирование реальности на основе загрузочного языка, ритуалы остановки мыслей, культивирование фобий, прививание зависимостей, депривации и т. д. Но как на практике устанавливается психологический контроль и реализуются описанные техники? Психологический контроль устанавливается в три этапа:

1) размораживание прежней личности;
2) замена прежней личности новой;
3) замораживание новой личности.

Размораживание заключается в разрушении личности, *замена* подразумевает процесс индоктринации, а *замораживание* означает процесс построения и укрепления новой личности. Как же эта трехэтапная программа создает дисциплинированного члена деструктивного культа?

Этап первый: размораживание. Размораживание может происходить по-разному. Например, личность можно разрушить, если человека дезориентировать *физиологически*. Для этого нужно лишить его сна, а также изменить рацион и распорядок питания.

В некоторых группах последователей переводят на питание с низким содержанием белков и высоким содержанием сахаров или принуждают к длительным постам и постоянному недоеданию. Наряду с недосыпанием это разрушает стабильность личности. Эффекту размораживания способствует и изоляция человека. Поэтому обычно этап размораживания происходит в уединенной и полностью контролируемой обстановке, например, в загородном «учебном центре».

Можно разморозить личность и обойти ее защитные механизмы, искусно применяя техники *гипноза*. Например, человек может войти в состояние транса, когда его специально сбивают с толку: если намеренно бомбардировать нас противоречивой информацией, мы испытываем растерянность и утрачиваем привычные ориентиры. Например, гипнотизер авторитетно говорит: «Чем больше вы пытаетесь понять, что я говорю, тем меньше вы понимаете. Это понятно?» В попытке понять смысл этой фразы человек на какое-то время запутывается и не понимает, как реагировать на сказанные слова.

Читая эту фразу в книге, вы имеете возможность перечитать ее несколько раз и попытаться понять смысл. Но когда человек находится в контролируемой обстановке и его постоянно дезориентируют, используя парадоксальные утверждения и сообщая противоречивую информацию, его критические способности снижаются. Ощущая растерянность, он начинает сомневаться в себе и ищет опору в группе. Поскольку ему кажется, что остальные члены группы нормально реагируют на происходящее, он стремится как можно быстрее адаптироваться к ситуации. Чем меньше человек уверен в своих взглядах, тем восприимчивее он становится к влиянию окружения. Полагаясь на группу и ее мнение, он проявляет групповой конформизм, который диктует ему подчиниться навязанным правилам игры.

Кроме того, человека можно вывести из состояния равновесия и повысить его внушаемость, используя *сенсорную депривацию* или, наоборот, *сенсорную перегрузку*. Его с огромной скоростью бомбардируют потоками эмоционально насыщенной информации, которую он не в состоянии переварить. Ощу-

щая, что «тонет» в потоках этой информации, человек отключается и перестает ее анализировать. Доверчивый новичок считает, что это произошло спонтанно, хотя в действительности это структурируется группой.

Для размораживания человеческого чувства реальности широко применяются и другие гипнотические техники, например *двойной капкан*. Двойной капкан заставляет человека подчиниться правилам игры, навязанной ведущим, хотя у него остается иллюзия, что он сохраняет свободу выбора.

Например, лидер секты говорит: «Тем, кто испытывает сомнения в истинности моих слов, следует знать, что эти сомнения ввожу в ваше сознание именно *я* с тем, чтобы вы осознали, что *я* — истинный учитель». Человек может верить лидеру или сомневаться в нем, но в обоих случаях проверить истинность этих утверждений невозможно, так как концы заранее спрятаны в воду. Руководитель семинара может сказать: «Если вы сознаете, что в вашей жизни что-то не складывается, то, отказываясь от участия в семинаре, вы позволяете этому разладу управлять вашей жизнью». Другими словами, сам факт вашего участия в семинаре неоспоримо доказывает, что вы не обладаете достаточными знаниями, чтобы самостоятельно решить, уходить ли вам отсюда.

Размораживанию весьма способствуют такие техники, как управляемые медитации, групповые инсайты, персональные исповеди, сеансы групповых молитв, танцевальные техники, психогимнастика, ритмичная музыка и хоровое пение. Как правило, эти виды активности начинаются «спонтанно» и кажутся вполне безобидными, но по мере продолжения семинара, тренинга или «обучающих лекций» они постепенно становятся все более интенсивными и идут по заранее разработанному сценарию. Они практически всегда проводятся с группами и активно «прессуют» людей, усиливая в них групповой конформизм и лишая возможности уединиться и поразмышлять.

На этапе размораживания, когда люди слабеют, ведущие начинают им внушать мысль об их порочности, некомпетентности, больной психике и духовном падении. Все проблемы, которые возникают у человека, будь то плохая успеваемость в университете или неудачи на работе, избыточный вес или неприятности в семейной жизни, лишний раз доказывают, насколько он слаб и порочен. Его бомбардируют установками, согласно которым он сам виноват в том, что запутался в клубке собственных противоречий, и без помощи группы ему самостоятельно не выпутаться. Есть группы, которые используют тактики агрессивного воздействия на личность, в том числе публичного унижения перед лицом группы. Как только человек сломлен, он готов к следующему этапу.

Этап второй: замена. Замена состоит в навязывании человеку новой личности, обладающей новым набором поведенческих схем, эмоциональных реакций и мыслей, которая должна заполнить пустоту, образовавшуюся в результате

разрушения старой личности с ее прежней системой представлений. Создание новой личности происходит не только во время семинаров и отправления ритуалов, которые призваны заниматься формальной индоктринацией, но и в процессе неформального общения с членами группы, чтения, прослушивания компакт-дисков и просмотра видеокассет. На этапе замены успешно используются те же техники, которые применялись на первом этапе размораживания.

Формальная индоктринация обычно происходит в специально созданной обстановке, где используются гипнотические приемы воздействия на человеческую психику, эффективно отключающие сознание и позволяющие проводить внушение: монотонность, убаюкивающий тихий голос, бесконечное повторение ключевых фраз, замедление темпа речи и подача материала по замкнутому циклу. Суть послания все время остается одинаковой, но «интерес» слушателей подогревается по-разному.

На этапе замены внимание слушателей фокусируют на определенных темах, к которым постоянно возвращаются. Новичкам рассказывают, что мир ужасен и обычные невежественные люди даже не представляют, что его можно сделать прекрасным. Их невежество связано с тем, что они не знают нового «учения», которое принес с собой лидер. Это «учение» — единственная надежда на вечное блаженство. Вербуемым внушают, что они могут познать «новую истину», но им мешает «прежняя» личность, «рациональный» ум и система устаревших представлений, которые не дают им возможности совершить фантастический прорыв в будущее. Их призывают сдаться, прекратить сопротивление, освободиться, поверить.

Поначалу эти призывы звучат сдержанно и ненавязчиво, затем становятся все откровеннее и настойчивее. В них появляется пафос и убедительность. Материал, на основе которого формируется новая личность, выдается постепенно, с той скоростью, с какой он может быть усвоен. Людям рассказывают только то, что они в состоянии воспринимать на данном этапе.

На установочных сессиях формальной индоктринации курс вводных лекций читается очень монотонно и ритмично, что позволяет эффективно усыплять людей и вводить их в состояние гипнотического транса. Хотя лекторы сурово «критикуют» людей, которые уснули, и заставляют их чувствовать себя виноватыми, в действительности они применяют к ним гипнотические техники воздействия. В состоянии легкой дремы человек продолжает слышать и воспринимать лекционный материал, работа его обычных защитных механизмов ухудшается, критичность снижается и он становится более внушаемым.

Эффективной техникой, стимулирующей замену личности, служит искусно организованная демонстрация «духовного знания», которая перекликается с мистической манипуляцией. Например, «приятели», члены секты

подспудно выуживают у него сведения личного характера и передают эту информацию руководству секты, а в нужный момент эта информация внезапно «всплывает» в *ментальном поле* лидера, символизируя его «духовное озарение». Новообращенный невольно начинает верить, что руководитель либо читает его мысли, либо получает информацию по духовным каналам. Это только укрепляет его решимость остаться в группе, которую возглавляет такой духовно «продвинутый» человек.

Большим искусством убеждения обладают и сами члены группы. Если вы когда-нибудь имели опыт беседы с психологически обработанным членом секты, то помните, что это произвело на вас неизгладимое впечатление. Выясняется, например, что он не сомневается в том, что знает лучше вас, что вам нужно. Он абсолютно убежден в собственной правоте и не признает ответа «нет», так как ему внушили, что в провале вербовки виноват всегда *он*. Стараясь избежать наказания, он жаждет преуспеть, поэтому использует все приемы, чтобы заманить вас в ловушку. Зачастую за словами о духовном развитии проступает фанатичная вера и нетерпимость к инакомыслию.

Когда вы полностью окружены такими людьми, главную роль в процессе замены начинает играть групповая психология. Людей специально разделяют на маленькие группы (или ячейки), «отделяя овец от козлищ». Тех, кто задает слишком много вопросов, быстро изолируют от остальных. К «овцам» причисляют «духовно подготовленных» людей, а «козлищами» считают упрямых индивидуалистов, из которых вряд ли удастся сделать послушных членов секты. Сначала «козлищам» пытаются «обломать рога», а если это не удается, их просят покинуть группу.

Процесс замены включает в себя не только *подчинение авторитетам в культе*, но и групповые сессии, на которых происходят исповеди в прошлых грехах и рассказываются истории о нынешних успехах, что способствует единству и сплоченности группы. Эти сессии эффективно обучают *групповому конформизму*, так как группа, активно используя метод кнута и пряника, осуждает или закрепляет определенные мысли, эмоции и поведение последователей. Как только личность «заменена», начинается этап ее замораживания.

Этап третий: замораживание. После завершения этапов размораживания и замены, когда прежняя личность разрушена и в сознание человека введена новая система убеждений, нужно создать новую личность. Начинается этап рождения «нового человека», или этап замораживания новой личности. Чтобы этот этап прошел успешно, перед человеком нужно поставить новую жизненную цель и дать ему новое дело. Новая личность должна в нем доминировать не только в контролируемой среде, но и за порогом культа, когда он отправляется на вербовку. Поэтому новичок должен признать и усвоить новые ценности и новые представления.

Первая и главная задача «нового человека» заключается в том, чтобы отказаться от «прежней личности», приписывая ей все мыслимые грехи и по-

роки. Широко практикуются исповеди, которые служат способом очищения от прошлого и вместе с тем укрепляют чувство принадлежности новообращенного к культу. При этом его воспоминания стараются намеренно исказить, а положительный опыт, приобретенный в прошлом, нивелировать.

На этапе замораживания главным методом подачи новой информации становится подражание. Новичков попарно объединяют с «ветеранами» культа, которые должны демонстрировать им образец поведения и вообще учить уму-разуму. «Духовное дитя» во всем должно копировать поведение «духовного родителя». С одной стороны, это льстит «ветеранскому» эго и заставляет его быть на высоте, а с другой стороны — пробуждает у новичка желание стать образцом для подражания и воспитывать своим примером когорту будущих новобранцев.

На этом этапе «истинной» семьей становится группа. Культовая личность заставляет человека думать, чувствовать и вести себя подобно «отцу», т. е. лидеру культа. Замораживанию новой культовой личности способствует также новое имя, которым во многих культах наделяется человек. Ему меняют не только имя, но и одежду, прическу, язык общения (так называемый «загрузочный язык») и все, что можно изменить в его воспоминаниях о прошлом.

На новичка обычно оказывают сильное давление, принуждая его отдать группе все денежные сбережения и имущество. Это способствует обогащению группы и делает человека материально зависимым. Даже если он захочет уйти из группы, идти ему некуда. Он вынужден «принять» новую систему ценностей, ибо ему слишком тяжело признать совершённую ошибку.

Нового члена культа стремятся как можно быстрее подключить к вербовке. Как показали исследования в области социальной психологии, ничто так не укрепляет человека в собственных убеждениях, как его попытка навязать эти убеждения другим людям. Это своего рода самовнушение. Вербовка новых членов способствует быстрому закреплению культовой личности.

В некоторых группах самофинансирование осуществляется за счет унизительной торговли, которой заставляют заниматься последователей. Это форма так называемого «мученичества», которое еще больше привязывает человека к группе. Когда последователей заставляют бегать сутки напролет под проливным дождем, продавая по сумасшедшим ценам дешевые букетики у входа в магазины, на уличных перекрестках или на открытых стоянках возле супермаркетов, они начинают действительно верить, что делают святое дело!

По завершении нескольких недель вербовки и «сбора денежных средств» в фонд группы члена культы часто отзывают на повторную индоктринацию. Этот цикл может повторяться многократно на протяжении нескольких лет. Со временем ему доверяют обучение новичков. Так жертва становится палачом, увековечивая деструктивную систему культа.

Разрушительные последствия пребывания в культе

К разрушительным последствиям пребывания в культе относятся следующие:

- потеря свободной воли и контроля над своей жизнью;
- развитие зависимости и возвращение к поведению, подобному детскому (регресс и инфантильность);
- потеря спонтанности, непринужденности;
- неспособность образовать близкие отношения вне культа и получать удовольствие от гибких, нежестких связей;
- ухудшение физического состояния;
- психосоматические симптомы — головные боли, астма, кожные нарушения;
- нарушения, связанные с посттравматическим стрессовым расстройством;
- сексуальные проблемы;
- ухудшение психологического состояния, включая тревожность, депрессию, паранойю, дезориентацию, галлюцинации и расщепление личности;
- недобровольное рабство и эксплуатация;
- крайние нарушения идентичности.

Выход из культа

Впервые общественность обратила внимание на проблему деструктивных культов в конце 60-х гг. в США. Люди искали различные способы спасения своих близких. Родители были охвачены страхом, чувством вины, неверием в свои силы. Супруги, прожившие в браке многие годы счастливо, не выдерживали напряжения. Первым методом стала модель депрограммирования.

В начале 1970-х гг. Тед Патрик, близкие люди которого попали в секту, пришел к заключению, что в оказании помощи таким людям можно использовать те же техники и приемы, которые применяются в культах, только дать им «обратный ход». Процедура получила название *«депрограммирования»*.

Депрограммирование — это ориентированная на содержание проблемы, а не на личность, тактика переубеждения, апеллирующая к здравому смыслу. Культиста насильно заставляли слушать людей, сообщающих ему информацию, недоступную в культах. Культистов иногда насильно увозили с улицы, из дома, в хорошо охраняемые места, где постоянно проходил про-

цесс депрограммирования, который мог длиться целыми днями, иногда неделями до тех пор, пока адепт не проявлял признаков резкого психологического перелома и освобождения от влияния культового контроля сознания. Хотя чаще им просто не позволяли покидать дом или другое место, которое выбрано для депрограммирования. Метод был признан эффективным, депрограммисты обычно добивались успеха в выведении члена семьи из культа, однако против депрограммистов нередко возбуждались судебные иски, в том числе и самими культистами, пережившими сильный стресс в ходе применения данного метода.

Возникала потребность в создании ненасильственных, без юридического риска, способов оказания помощи культистам. В 1980-е гг. и особенно в начале 1990-х гг. депрограммирование вытесняется консультированием о выходе.

Консультирование о выходе. Этот метод подробно описан в книге Кэрол Джиамбалво «Консультирование о выходе: семейное воздействие», опубликованной в нашей стране в 1995 г. [4]. Участие в консультировании всегда добровольное, и это большой шаг вперед по сравнению с депрограммированием. Однако и данный метод ориентирован на содержание проблемы, а не на личность, и опирается на информационный подход. Консультирование о выходе — это интенсивная информационная терапия участника деструктивного культа, проводимая группой консультантов из 2–4 человек при содействии близких и родственников непрерывно в течение 3–5 суток. Целью такого консультирования является восстановление у культиста индивидуального умения критически мыслить и усиление свободного волеизъявления. Это информирование, которое позволяет полно и разумно оценить влияние данной группы на личность.

Поскольку первое, что делает культ, — это подрыв внешних связей новичка, то первая атака обрушивается на семью, родителей или супругов.

Консультирование обычно начинается по инициативе родителей или мужа (жены) члена группы. Консультант по выходу представляет участие в культе как семейную проблему, какой оно действительно является. Поэтому консультирование о выходе — это процесс семейного воздействия, в ходе которого участник культа рассматривается в качестве интегральной части семьи. Семья культиста вместе с ним принимает участие в занятиях.

Консультанты по выходу — обычно бывшие члены культа. У них есть опыт по контролю сознания, полученный из первых рук, у них есть знания о направленности мышления культов, о динамике членства, истории культов, лидерах. Образование команды осуществляется следующим образом. Один из членов команды должен быть бывшим участником данного конкретного культа. Если культист вовлечен в культ, основанный на Библии, нужно, чтобы один человек в команде хорошо знал Писание и был чутким к связанным с этим этическим вопросам. Предпочтительно, чтобы по крайней мере один член команды был того же пола, что и культист. При составлении команды последнее слово должен иметь ведущий консультант по выходу.

Этапы работы

1. Подготовительная встреча консультантов с членами семьи. Включает в себя информирование о данном культе, о способах общения с культистом. В частности, членов семьи обучают тому, как установить доверительные отношения с членом семьи, попавшим в культ: что можно, а что нельзя говорить, например, нельзя спорить о веровании этого культа, упрекать, что ты в культе, критиковать группу или лидера, вообще вести себя конфронтационно. Семью учат занимать нейтральную позицию по отношению к данной группе и даже одобрять отдельные поступки и мотивы, но не группу в целом. Членов семьи обучают также тем методам и приемам коммуникации с культистом, которые способствуют формированию мотивации на участие в работе с группой консультантов. Также членам семьи оказывается психологическая помощь, чтобы справиться с такими эмоциями, как страх, тревога, растерянность, ощущение беспомощности.

В работу вовлекаются только те члены семьи, кто особенно важен для культиста и испытывают желание помочь ему. Роль семьи на этом этапе очень важна, лучшим вариантом считается тот, когда членам семьи удается убедить культиста участвовать в занятиях. Если этого не удается сделать, дальнейшие усилия предпринимает семья в присутствии команды или одного из ее членов. Консультант по выходу объясняет культисту, что в его намерения не входит отнимать у него его веру, он может уйти, когда захочет, его поступок будет встречен с пониманием. Члены семьи, с которыми у культиста сложились проблематичные отношения, как правило, к работе не привлекаются. Затем оговаривается место встречи и время, удобное для всех членов семьи.

2. Непосредственное воздействие. На этом этапе предполагается, что семья достигла успеха, получив согласие культиста заниматься с консультантами по выходу. Теперь ему представляется команда консультантов: все члены команды сообщают свои имена, откуда они, какой имеют опыт относительно данной группы. В течение ознакомительного этапа клиенту объясняется, что целью не является лишение его веры или убеждений. Напротив, отмечаются все положительные стороны членства в группе, обсуждаются наиболее ценные, привлекательные для клиента «истины» культа. Затем клиенту сообщается, что целью процесса является изучение информации о культе, возможно неожиданной для него, но позволяющей сделать ему информированный выбор в дальнейшем.

На этом этапе консультанты по выходу стараются выяснить проблемы культиста, получить следующие сведения.

- Когда и как клиент присоединился к группе? Что привлекло его к группе?
- Что положительного находит клиент в участии в группе?

- Имеются ли у клиента какие-то вопросы или сомнения относительно группы? Если так, то как к этому относится группа и ее лидер?
- Каковы были жизненные цели клиента до встречи с группой? Каковы они сейчас?
- Если цели изменились, может ли клиент определить, почему, как и когда они изменились?
- Когда клиент первый раз встретился с группой, что он думал по поводу того, чем эта группа занимается? Изменилось ли его мнение сейчас?
- Когда он впервые встретился с группой, чего он ожидал от группы? Осуществились ли эти ожидания или от них пришлось отказаться?

В процессе этого обмена консультанты часто оказываются способны оценить сферу (эмоциональную или интеллектуальную), «завербовавшую» клиента. Как правило, задействованными оказываются оба элемента, но один имеет тенденцию обладать большим влиянием. Эта оценка определяет, какими вопросами следует заниматься в первую очередь. Положительная мотивация клиента, его искренность, честность (желание изменить мир к лучшему) никогда не подвергаются сомнению, хорошие намерения поощряются и вызывают уважение. Вопрос заключается в том, чтобы показать клиенту как шаг за шагом его искренние желания канализируются в нечто совсем иное, о чем он не отдает себе отчета. На этом этапе приводят примеры деятельности других культов, иллюстрирующие методы манипулирования искренними побуждениями свих адептов. Методы манипулирования — социальные, эмоциональные, психологические — обсуждаются подробно и детально с тем, чтобы клиент начал узнавать то, что может относиться и к его опыту. Клиенту предлагают обсудить, почему некоторые группы люди называют культами, что такое контроль сознания, чтобы он мог решить, есть ли это в его группе.

На этом этапе консультанты нередко сталкиваются с сопротивлением клиента. Если клиент заявляет, что конкретный вопрос для него не важен, следует выяснить, как он полагает, какая информация является важной для изучения в данный момент. Но рано или поздно обсуждение начинает затрагивать вопрос о том, как доктрина оправдывает использование методик эмоционального и социального манипулирования. Разработаны специальные схемы, позволяющие объяснить, как та или иная методика используется в других культах, проследить параллели с тем, как их применяют в культе клиента. На этом этапе применяются видеозаписи. При этом консультанты оперируют собственным опытом, дискутируют друг с другом, выражают некоторые различия в оценке, стремясь выдвинуть на первый план для клиента модель критического мышления. В период воздействия охватываются такие сферы, как контроль окружения, мистическое манипулирование, исповедь, загрузка языка, тезис «доктрина выше личности». А также история группы и лидера, случаи обмана, модификация поведения, информационный контроль, индоктринация

фобий, трансы, гипноз, методики, тормозящие мышление. На протяжении воздействия используются видеофильмы с показаниями свидетелей и дискуссиями бывших культистов, документы, литература, письма.

Следует помнить, что клиенту требуется время, чтобы воспринять и обработать полученную информацию, позволить своей подлинной сущности вернуться. Хотя работа проводится совместно с членами семьи, команда должна учитывать желание культиста обсуждать наиболее значимые для него вопросы с глазу на глаз. Если культист принимает решение покинуть культ, родителям объясняют, каким должно быть их дальнейшее поведение: не следует создавать атмосферу повышенной бдительности, необходимо сопротивляться естественному порыву вернуть экс-культиста «к себе под крыло». Родители должны быть там, где они нужны экс-культисту, и не переносить на него свои страхи и тревогу. Не всегда воздействие заканчивается решением культиста покинуть культ. Что делать в случае, когда клиент возвращается в группу?

В данном случае деятельность консультантов заключается в следующем.

1. Поощрять будущее общение.
2. Подготовить клиента к возможности того, что в течение короткого периода группа будет обращаться с ним как с героем, но может быть и противоположный вариант. Консультанты по выходу должны просить клиента помнить, что в действительности происходило, как с ним обращались.
3. Подчеркнуть мысль о том, что теперь клиент знает, что такое контроль сознания, и будет отдавать себе отчет о происходящем.
4. Возможно, провести ролевую игру, посвященная тому, как он представляет себе поведение лидеров при его возвращении в группу, как он будет отвечать на их вопросы. Консультанты по выходу могут дать клиенту возможность сначала сыграть роль лидера, а потом — свою собственную.

Что делать, когда клиент решает покинуть культ? Если клиент покидает группу, может быть важным обращение к следующим вопросам.

1. Как помочь выбраться друзьям?
2. Говорить или не говорить с лидерами?
3. Как справиться с ощущением замешательства?
4. Что сказать друзьям вне группы и как восстановить отношения вне группы?
5. Какова роль и потенциальная ценность групп поддержки, реабилитационных центров?
6. Как справляться с остаточными явлениями?

Одним из остаточных явлений культового опыта является то, что экскультист привыкает иметь рядом того, кто бы давал советы, руководил, принимал решения. Нередко клиент переносит преданность, которую он испытывал по отношении к другим членам группы и лидерам, на консультантов. Консультанты должны быть чуткими к таким проявлениям чувств клиентов, однако контролировать данный процесс, поощрять развитие самостоятельности в принятии решений и расширении автономии экс-культиста.

Консультирование после освобождения от культа

Уход из культа — травматическое событие в личной жизни человека. Практически все культисты проходят через сильный кризис личности, а также период горя, депрессии. Как правило, культист нуждается в психотерапевтической помощи или реабилитации в благоприятных условиях, для этого в США существуют реабилитационные центры, где с ними работают специалисты в области психологии, психотерапии, психиатрии.

Недостатком традиционного консультирования о выходе является то, что оно слишком полагается на содержание проблемы и мало — на процесс. Этот метод не принимает во внимание проблемы данного человека и его семьи, существовавшие до ее столкновения с культом и оставшиеся актуальными после. В большинстве случаев консультанты по выходу апеллируют к «культовой» личности.

Подход стратегического взаимодействия

Подход стратегического взаимодействия (ПСВ) отличается от подхода, описанного выше, в нескольких важных отношениях, наиболее ценным из которых является апелляция к подлинному Я, докультовому Я и к ядру культового Я. ПСВ отличается от консультирования о выходе своим акцентом на процессе изменения в большей степени, чем на проблеме или информации. Этот подход был разработан С. Хассеном [3] ввиду изменения ситуации в мире, когда информация о культах стала распространяться в Интернете. Благодаря доступному способу информации о культах консультанты получили возможность уделить больше внимания и времени индивидуальной работе с адептом, а также с его семьей и друзьями. Фокус ПСВ направлен на стимулирование внутреннего роста как самого адепта, так и его близких. Члены семьи и друзья работают вместе как команда стратегического взаимодействия. Каждый член семьи берет на себя ответственность за собственный внутренний рост и позитивное изменение. По сути ПСВ — это интегративная система операций, направленных на выведение сознания человека из-под контроля культа. Подоплекой этого подхода является уверенность

в том, что человек, испытывающий контроль сознания, в конце концов вырвется на свободу.

Цель ПСВ заключается в том, чтобы побудить людей расти, изменяться и развивать лучшие стратегии общения. Все это осуществляется максимально планомерно; только получив желаемый результат, команда начинает движение к следующей цели.

Цель первая: достичь доверия.

Цель вторая: собрать информацию. В течение всего процесса члены команды собирают информацию о докультовом и культовом Я.

Цель третья: дать информацию и посеять сомнения.

Цель четвертая: способствовать переоценке причастности к культу.

Ядро команды обычно состоит из ближайших членов семьи и близких друзей, искренне заинтересованных в том, чтобы помочь культисту. При оценке потенциальных членов команды следует иметь в виду следующие важные проблемы: Кому доверяет член культа? К кому испытывает наибольшее уважение? Кто лучше всего общается? Кто самый близкий по возрасту и интересам? Дальнейшая цель заключается в оказании членам команды помощи в самообразовании, с тем, чтобы они могли наиболее успешно общаться с культистом. Причастность к культу имеет драматические последствия не только для культиста, но и для членов его семьи. Близкие испытывают стыд, чувство вины, постоянную тревогу, могут потерять сон, стать раздражительными, утратить веру в свои силы. Проблемы могут быть у каждого члена семьи, и это может оказывать негативное влияние на дальнейший процесс. В ходе реализации ПСВ оказывается помощь каждому члену семьи в решении собственных проблем.

С. Хассен отмечает, что, как показывает практика, бесчисленное множество семей непреднамеренно заложили основы восприимчивости близкого человека к культовому манипулированию. Классическая модель — суровая, властная родительская фигура, воплощающая поведенческий стиль лидера культа, не признающего компромиссов и ограничивающего проявления свободы со стороны окружающих, эксплуатирующего чувство вины и страха, стремящегося поставить людей в зависимость от себя. Иногда культовой вербовке предшествует ряд событий в семье, трагически переживаемых культистом.

В ходе ПСВ членам семьи могут быть предложены различные программы от консультирования у специалиста по супружеским отношениям до сеансов индивидуальной психотерапии. Каждый член команды приступает к решению своих собственных проблем, и тем самым помогает не только себе, но и подает пример культисту. Помимо того, что большое внимание уделяется обучению семьи тому, как установить доверительные отношения с культовой личностью и правильно с ним общаться, ближайшему окружению помогают разобраться в верованиях и тактике культов, учат тому, как отличить

информацию от дезинформации. Акцент делается не на отвержении и критике культовой личности, а на формировании новой, «посткультовой» личности, воплощающей в себе наиболее ценные и здоровые части всех личностей в целом.

С. Хассен использует понятие «субличности» для улучшения понимания родственниками того, что произошло с их родными. Анализируя собственную психику и собственное приобщение к культу Муна, он выделил отдельные субличности, ассимилированные культом.

Маленький ребенок. Культы широко используют элементы докультовой, или подлинной личности для формирования ее искаженного двойника. В частности, предпочтение отдается элементам психики, сформированным в раннем детстве. Неслучайно многие культы предлагают своим членам стать «детьми Бога». Они подталкивают адепта к психологическому возвращению к тому периоду жизни, когда те едва проявляли критическое мышление и когда независимо от того, что им говорили, все проникало прямо в сознание без оценки или протеста. Уже в ходе вербовки и приобщения к доктрине члены культа действуют совместно, искусственный коллективизм возвращает новичков в детское состояние.

Идеалист. Многие люди являются в душе идеалистами. Сталкиваясь с жизнью, после горьких уроков эта часть подлинной личности отодвигается в сторону, пока человек не столкнется с представителем культа. Сидя на собрании, где все говорят о том, как создать мир, где царят гармония, доброта, где не будет преступлений, бедности, страданий, присутствующий говорит про себя: «И я хочу этого!» Сознание наполняется иллюзией, что группа стремится к созданию Царства Небесного на Земле, все будут частью мировой семьи под руководством Истинных Родителей. Таким образом, активизируется идеалистическая сторона Я, которая так необходима культу.

Воин и герой. Универсальная тема героя, борющегося против зла, менталитет воина — еще одна существенная черта большинства людей, завербованных культами. Клише мышления «я должен следовать приказам старших, мы — хорошие, наш враг — плохой, жертва во благо делает тебя героем» культивируется в группе.

Ребенок нуждается в совершенных родителях и полной безопасности, идеалисту требуется совершенный мир, воин готов пожертвовать самой жизнью, чтобы достичь совершенства.

Важным этапом ПСВ является тактика трехступенчатого воздействия на фобии. Внушение фобий — самая мощная отдельно взятая методика, используемая культами в целях превращения адептов в послушных рабов. Часто человек, разуверившийся в доктрине и лидере, не способен покинуть культ вследствие психологической беспомощности перед внушенными ему бессознательными страхами. Уже в ходе вербовки и индоктринации методически внедряются, развиваются и используются фобии, касающиеся внешнего мира, докультового Я адепта. Подобные фобии сводят на нет способ-

ность критического различения, которая позволила бы свободному от фобий человеку объективно оценить утверждения доктрины. Навязанная культом фобия — это психическое заболевание, спровоцированное окружающими людьми и являющееся неотъемлемой частью всеохватывающего режима контроля сознания. С. Хассен составил список наиболее распространенных фобий, внушаемых культами.

Физическое здоровье: умрут мучительной смертью, закончат жизнь самоубийством, станут причиной смерти близких, подвергнутся действию вредного излучения, послужат причиной болезни или смерти своих детей, заболеют и умрут.

Психологическое здоровье: сойдут с ума, будут неудачниками, будут принудительно помещены в психиатрическую больницу, утратят память, способности, таланты, никогда не будут счастливы, будут страдать всю оставшуюся жизнь.

Духовная жизнь: утратят духовность, потеряют отношения с Богом, подвергнутся нападению сверхъестественных существ, ими овладеют злые духи, демоны. Они утратят свой шанс на искупление, спасение, никогда не достигнут состояния просветленности, не будут спасены, им никогда не дадут покоя грехи прошлых жизней, возникнут проблемы с будущими жизнями, будут гореть в «вечном огненном озере», когда вернется Иисус.

Социальная жизнь: потеряют любовь окружающих, будут отвергнуты людьми, потеряют работу, никогда не добьются успеха, совершат преступление.

Другие виды паранойи, внушаемые культами: страх перед космическими катаклизмами, ядерной или биологической войной, боязнь, что Земля будет разрушена и т. д. Одна из наиболее универсальных фобий — это страх преследования со стороны психиатров, психологов, организаций по борьбе с культами.

С. Хассеном была разработана система трехшагового воздействия на фобии, которой он обучил многих своих клиентов, а также профессиональных психологов и психотерапевтов. Трехшаговое воздействие на фобии включает:

- *шаг первый*. Члену культа объясняют, что такое фобия и чем она отличается от оправданного страха. Описываются структура фобии и специфика ее воздействия, способы избавления;
- *шаг второй*. Описывается, как другие деструктивные культы преднамеренно внедряют фобию, чтобы внушить человеку страх и с легкостью управлять им. Приводятся разнообразные примеры, выясняется мнение культиста, что он думает об этих случаях;
- *шаг третий*. Обсуждаются специфические особенности группы, в которую входит член культа. Если адепт видит, что его группа ничем не отличается от остальных, и точно так же практикует методы внушения фобий, контроль сознания во многом ослабевает.

Воздействие ПСВ имеет определенную структуру. Члены команды стратегического взаимодействия — семья, друзья, бывшие адепты, консультаты — представляются человеку не одновременно, а в соответствии с планом, который может изменяться в зависимости от возникающих потребностей. Обычно воздействием руководит один член команды. Как показывает практика, лучшие лидеры — бывшие адепты, прошедшие подготовку по консультированию. Важно, чтобы их интересы могли соприкоснуться с докультовым Я культиста. Как только человек соглашается на встречу с консультантами, определяется ее время и место.

Воздействие осуществляется в три дня. День первый: установление взаимопонимания, закладывание фундамента для следующих дней. Консультанты делятся своим опытом, включается семейное консультирование. День второй: обсуждение проблем контроля сознания. Переход от семейного консультирования к консультированию о выходе. Информация о собственном культовом опыте продолжается. Используются видеоматериалы, посвященные аналогичным культам. Анализируются техники и приемы, делавшие человека восприимчивым к некритическому усвоению верований, навязанных культом. День третий посвящен углубленному анализу конкретных верований культа. Используется информация о данном культе и его лидерах.

Результаты воздействия. Бывшие культисты страдают от самых разных трудностей, порожденных культовыми манипуляциями, даже спустя многие годы после выхода из культа, большинство из них переживают депрессию. Некоторые исследователи сравнивают это с ситуаций, когда человек влюбляется без памяти и вдруг понимает, что его просто использовали. Исцеление происходит не так быстро, как хотелось бы. На этом этапе особенно важное место занимает семья, которая должна понимать это и поддерживать экс-культиста на всем этом долгом пути.

Заключительные положения

Свобода вероисповедания — визитная карточка сектантских правозащитников. Аргументы в защиту культов весьма просты: личность свободна в выборе веры. Легализация сект в государстве, видимо, на этом и основана. Проблемы «риска быть завербованным» в сознании некоторых специалистов, решающих судьбу той или иной тоталитарной организации в пользу последней, не существует. Они склонны полемизировать о «выборе», который индивид делает сам, принимая решение стать адептом. Некоторые специалисты, в том числе психологи и психиатры, считают, что в ряде случаев для адептов культ — лучшая психотерапия, средство адаптации к стрессам, источник творческой активности. К сожалению, из их уст можно услышать мнение и о том, что в секту вступают неполноценные в психическом отношении люди, а последствия пребывания в культе это просто развитие их заболе-

вания. Однако это далеко не так. Культы в первую очередь заинтересованы в том, чтобы их ряды пополняла талантливая, активная, интеллектуальная молодежь. Возвращаясь к свободе выбора, необходимо напомнить о том, что в секту, как правило, попадают люди, особенно нуждающиеся в любви, защите, принятии. Эксплуатация уязвимости человека с помощью насильственных технологий в культах приводит к причинению вреда здоровью граждан. Оказанием помощи таким людям должны заниматься специалисты, психологи, психотерапевты. Однако, как показывает наш опыт, практические психологи не обладают необходимой информацией, не говоря уже о возможности оказывать помощь людям и их родственникам, попавшим в сети культа. Мы разделяем мнение А. Н. Лаврова [5] о том, что необходимо введение теоретических и практических учебных дисциплин в программах высших учебных заведений на медицинских факультетах и факультетах психологии. С целью профилактики вовлечения населения, в особенности молодежи, в деструктивные культы необходимо изучение данной проблемы в педагогических вузах. Это поможет будущим педагогам научиться разбираться в технологиях индоктринации, в сомнительных «психологических» и «философских» идеях, проводимых зачастую как массовые мероприятия сомнительного характера.

И в заключение следует сказать, что для безопасности граждан, защиты их свободы и личности от воздействия тоталитарных культов необходима грамотная государственная политика, направленная на организацию комплекса профилактической и реабилитационной помощи в учреждениях Министерства образования и Министерства здравоохранения.

Список литературы

1. *Волков Е. Н.* Преступный вызов практической психологии: феномен деструктивных культов и контроль сознания // Журнал практического психолога. 1996. № 2.
2. *Лири Т., Стюарт М.* Технологии изменения сознания в деструктивных культах. СПб., 1996.
3. *Хассен С.* Секреты манипулирования сознанием. СПб., 2002.
4. *Джиамбалво К.* Консультирование о выходе: семейное воздействие. Как помогать близким, попавшим в деструктивный культ. Нижний Новгород, 1995.
5. *Лавров А. Н.* Тоталитарные секты и угроза информационно-психологической безопасности личности // Вестник психотерапии. СПб., 2005. № 13.

Глава 11

Танцевальная терапия как метод психологической коррекции

Понятие танцевальной терапии

Танцевальная терапия как понятие и целенаправленная форма психотерапии зародилась в США в 1940-х гг. В настоящее время танцевальная терапия активно распространяется по всему миру. *Танцевальная терапия — это психотерапевтическое использование танца и движения как процесса, способствующего интеграции эмоционального и физического состояния личности.*

В прошлом танец играл большую роль в жизни человека. В народных обычаях сохранились ритуальные танцы. Они сопровождали человека на разных фазах его существования: рождение, вступление в брак, уход из жизни. Люди верили, что исцеляющая энергия танца приходит от богов, и те, кто исполняет танец, входят в контакт с ними. Постепенно возрастающая и доходящая до экстаза энергия танца приводит танцовщиков к катарсису. В то же время танец имеет собственный ритм и эстетическую форму, которые способствуют гармонизации энергетики человека. Эти две стороны танца оказывают лечебное воздействие. В течение многих лет люди инстинктивно этим пользовались, но только в наши дни терапевтическое воздействие танца получило научное подтверждение. Танец по своей сути — это движение, однако не каждое движение рождает танец. Танец — это, прежде всего, искусство, он придает движениям эстетическую форму. Танец имеет явную близость к музыке, он основан на ритмических движениях. Но и этого недостаточно для определения танца. Стереотипные, механические движения аутичных детей также имеют собственный ритм, но не могут быть названы танцем. Но как только ритмические движения приобретают чувственные выражения, рождается танец. Танец связан с интимными жестами. Жесты окружают мысли, чувства, желания и могут быть поняты без слов. Повседневные движения могут развиться до символических жестов, которые затем смогут передавать чувственные выражения, способные перейти в экстаз.

Танец в значительной степени несет коммуникативную функцию. Очень часто танцовщик через контакт с самим собой переходит к контакту с публикой, а люди, которые танцуют в паре или в группе, вступают в тесную связь друг с другом на невербальном уровне.

В основу танцевальной терапии положен танец, художественная форма движений. Но это не означает, что танцевальный процесс сам по себе может производить терапевтический эффект. Например, техника Александера включает в себя специальные упражнения, направленные на работу с телесными напряжениями, дополненные дыхательными упражнениями. Эти техники нашли свое место и в танцевальной терапии. Танцевальная техника является формой танцевального искусства и имеет подготавливающую функцию. Но для того чтобы спонтанно выразить бессознательные движения и чувства, подготовка нужна крайне редко. И потому было бы большой ошибкой смотреть на танцевальную терапию как на механический мускульный тренинг и развитие.

Истоки танцевальной терапии

После Второй мировой войны психиатрические клиники в Европе и Америке были переполнены солдатами, имевшими не только физические, но и психические травмы. Существующие методы лечения для таких пациентов были явно недостаточными. Ни психоаналитическая психотерапия, ни другие методы вербальной психотерапии не могли достичь результата у большой части пациентов психиатрических отделений. И специалисты в США начали стремительно овладевать различными формами арт-терапии (рисунок, танец, драма и музыка). Вначале целью деятельности этих специалистов была организация занятости пациентов. Но довольно быстро врачи и другой медицинский персонал заметили, что развивающийся в рамках таких занятий креативный процесс оказывает позитивное действие, и тогда эти арт-терапевтические направления заняли определенное место в лечебной программе. Теперь танцевальная терапия рассматривалась как вспомогательный метод, способствующий снятию напряжения и актуализации чувств, самораскрытию пациента, этапом в формировании мотивации к вербальной терапии.

Психиатрические клиники в США привлекли к сотрудничеству музыкантов, художников, артистов и танцовщиков, которые взяли на себя задачу помогать и поддерживать вербальных психотерапевтов. Со временем танец стал рассматриваться как один из методов психологической коррекции. И хотя вначале относительно эффективности применения этого метода существовали сомнения, они быстро исчезли, поскольку лечебное воздействие танца находило подтверждение. Этим мы обязаны многолетней работе не-

скольких энтузиастов, пионеров танцевальной терапии: Мэриан Чейз Лилиан Эспенак, Труди Шуп и Мари Уайтхауз — профессиональным танцовщицам, хореографам и танцевальным педагогам, представительницам танца модерн. Все они были убеждены, что танец — это дорога для раскрытия чувств, это баланс между телом и душой. Стремясь реализовать свои взгляды на практике, они способствовали тому, что танец занял прочное место в лечебной работе с психосоматическими больными. Неоднократно им приходилось доказывать персоналу больниц и клиник, что необходимо овладеть тем языком, на котором легче говорить таким пациентам. Свой практический танцевальный опыт они комбинировали с теоретическим изучением смежных дисциплин — педагогики, психологии, медицины, философии и религии, стремясь найти возможности их гармоничного и эффективного объединения. Расширение знаний помогало им глубже понять проблемы своих пациентов и параллельно направляло развитие танцевально-терапевтической методики.

Замечая позитивные изменения в состоянии пациентов, врачи стали более внимательно относиться к работе первых практиков танцевальной терапии. Постепенно разрабатываемое ими направление приобретало статус лечебной терапии, а они стали ведущими специалистами и учителями для своих последователей. Ими были проведены многочисленные курсы и семинары в США и Европе; в книгах и статьях нашли отражение их идеи и мысли о танцевальной терапии. Вместе они сформировали школу современной танцевальной терапии.

Танцевальная терапия сейчас — это вовсе не застывшая система, в ней можно выделить несколько различных направлений. И можно смело утверждать, что кто-то из терапевтов придерживается модели Чейз, а кто-то — модели Шуп.

Теоретические основы танцевальной терапии

Танцевальная терапия состоит из двух направлений, имеющих одинаковый вес: танец и терапия. Подобно терапевтам других направлений, танцевальный терапевт создает с пациентом контакт, который затем определяет рамки и границы терапии. В настоящее время уже бесспорно, что танцевальная терапия стала одним из методов психологической коррекции, которые могут применяться в работе с больными, страдающими различными заболеваниями, как психосоматическими, так и психическими. Танцевальная терапия вобрала в себя множество разных подходов — от психоаналитических теорий и психодинамической терапии до поведенческой терапии, гештальттерапии, телесно ориентированной терапии.

Изучение телесного языка оказало большое влияние на танцевальную терапию. Вдохновение приходило от экзистенциальной философии и восточной мистики, от различных творческих методик. Описать все, что повлияло на развитие танцевальной терапии, очень трудно, поэтому здесь мы представим только наиболее известные персоналии, чьи научные и практические разработки способствовали становлению танцевальной терапии: Зигмунд Фрейд, Вильгельм Райх, Александр Лоуэн, Альфред Адлер, Карл Густав Юнг, Дональд Вуд Винникотт, Карл Роджерс, Фриц Перлз, Пауль Шильдер.

В соответствии с теорией объектных отношений (Д. Винникотт, М. Кляйн) танцевальная терапия работает над раскрытием внутренней индивидуальности больных и формированием независимой личности, что помогает им вступать в более устойчивые взаимоотношения с миром. Если развитие ребенка было дисгармоничным, то эмоциональные, когнитивные, личностные структуры могут не получить своего развития в процессе взросления — именно это мы обнаруживаем у больных с психотическими нарушениями и шизофренией в частности, у которых полноценное благополучное функционирование двигательной сферы затруднено, возможно, в силу нарушенных телесно-эмоциональных отношений с матерью. Формируясь в онтогенезе в процессе социализации, моторика является одним из проявлений телесности. У больных шизофренией происходит нарушение социализации, возможностей в процессе взросления тренировать и распознавать невербально-телесное выражение эмоций при контактах с другими людьми. Нарушение отношений проявляется в индивидуализме и эгоцентризме, замкнутости и скрытности, тенденциозной «кататимной» переработке впечатлений, недостаточно критическом отношении к себе. При различных формах клинической психопатологии происходит нарушение отношений, коррекция которых оптимальным образом может быть осуществлена с помощью групповой танцевальной терапии.

Применяемая нами модель танцевальной терапии основана на психологической теории телесности. Психология телесности — наука о душевно-телесном соответствии, или наука о конгруэнтности биологических, психологических и смысловых аспектов телесности человека. Основой формирования телесности является единая двигательная память. Телесность проявляется в характерных движениях, позах, осанке, дыхании, ритмах [1]. В отличие от тела индивидуума, присущего только ему, телесность видоизменяема, характер ее меняется в зависимости от обстоятельств. Формирование телесности зависит от внешних и внутренних условий: если эти условия гипертрофированы в зависимости от характера заболевания, то и телесность гипертрофируется. На состоянии телесности отражаются мотивации, установки, и в целом система смыслов индивидуума, она хранит обобщенное знание человека.

Уровень развития телесности (диапазон) позволяет человеку в той или иной степени «резонировать» с миром. «Телесная память» способна закреплять в физиологии человека любые реакции, в том числе и ответ тела на психические травмы. Формирующиеся в результате мышечные зажимы не позволяют человеку ощущать удовольствие в своей жизни, что ведет к поиску им средств, способных эти зажимы «снять». Основные психологические подходы к феномену телесности человека традиционно объединяются термином «образ тела» для обозначения суммы восприятий, установок, оценок, представлений индивида о своем теле. В процессе развития ребенка формируется моторное торможение на дистантный раздражитель. Это торможение является условием специальной дифференцировки слуха и зрения, на основе которой перестраивается тип движения, превращающегося в предметное действие. Вопрос о соотношении ощущений и движений на разных ступенях фило- и онтогенеза ставится конкретно, а ведущим отношением, согласно Б. Г. Ананьеву, все больше выступает отношение дистантрецепторов и кинестезии. Парность дистантрецепторов и кинестезии указывает на их связь с взаимодействием обоих полушарий головного мозга. Именно координационная работа правого и левого полушарий головного мозга у больных шизофренией оказывается заблокирована, на что указывает В. И. Лях. Принимая во внимание результаты наших наблюдений, экспериментальных исследований в области «внутреннего телесного опыта» пациентов, мы можем отметить некоторую фрагментарность телесной картины больных психотическими заболеваниями, что часто выражается в несвязности телесно-двигательного самовыражения, напоминающего непроизвольные движения маленького ребенка после того как его распеленали. Эти разорванные двигательные картины проявляются особенно четко в танце-импровизации.

«Внутренняя телесность», на наш взгляд, — это сам субъект (область внутреннего мира), она служит отражением внешних стимулов, поступающих в замкнутое пространство. Если в довербальном периоде развития ребенка таких стимулов было недостаточно, то и последующее ощущение им своего внутреннего тела, знания о себе и своем внутреннем Я могут быть нарушены, как в случае с больными шизофренией.

Применяемая в танцевальной терапии техника тренировки цветового восприятия с больными шизофренией отражает мнение Б. Г. Ананьева, который связывал нарушение цветоразличения с особенностями заболевания, в частности, отмечая, что дифференцировка холодных цветов поступает значительно позже дифференцировки теплых цветов, а при затылочном синдроме легче всего поражается цветоразличение холодных цветов. В отличие от красного цвета, восприятие которого сохраняется даже при поражении центральных звеньев зрительного анализатора, цветочувствительность холодных цветов обладает значительной хрупкостью. Например, согласно данным Б. Г. Ананьева, уровень чувствительности к зеленому и синему цве-

там в состоянии гиподинамии сильно снижается. Опыт применения разработанной Н. Ю. Оганесян методики «Какого я цвета» и работа с рисованием образов релаксации в акварельно-холодных тонах подтверждают эти данные. Работа с растормаживанием телесных функций организма с помощью танцевальной терапии и психотерапевтического рисунка приводит, по нашему мнению, к развитию цветочувствительности.

Техника работы с рисунком в структуре танцевально-терапевтической сессии не является в полной мере арт-терапией, она применяется с целью вербализации танцевального катарсиса после направленной образно-тематической релаксации. Это скорее кататимное отреагирование образов с последующей их интерпретацией самими больными. Вместе с тем, при оценке рисунков мы ориентируемся на метод арт-анализа, описанный А. П. Коцюбинским.

Техники танцевальной терапии направлены, прежде всего, на развитие кинестетической активности, телесной свободы самовыражения, отреагирования страхов, тревоги, агрессии в танце, раскрытие сексуальности и творческого самовыражения, тренировки коммуникативных функций через танцевальное взаимодействие в паре и в группе.

Танцевальная терапия в системе реабилитации психически больных

В системе реабилитации людей, страдающих психическими заболеваниями, используются различные методы психотерапии, в том числе арт-терапия, когнитивно-поведенческая терапия, коммуникативно-активирующая психотерапия, психодинамическая психотерапия [2]. Эти методы, как правило, взаимодополняют друг друга в процессе психотерапевтической работы. Целью применения танцевальной терапии является развитие таких функций, как психомоторные, коммуникативные и психоэмоциональные.

У больных, страдающих психическими заболеваниями, в частности, шизофренией, в значительной степени нарушаются взаимоотношения с другими людьми. При этом наблюдаются трудности в контактах, как на вербальном, так и на невербальном уровнях. Кроме того, анализ особенностей психопатологической симптоматики больных шизофренией указывает на выраженные изменения моторики, включенные в структуру основного психопатологического синдрома — моторная неловкость, скованность, манерность, навязчивые ритуальные действия. При этом нельзя не учитывать влияния действия нейролептиков, производящих затормаживающий эффект на коммуникацию и моторику больных.

Концепция реабилитации психически больных была разработана в НИИ им. В. М. Бехтерева М. М. Кабановым в конце 60-х гг. прошлого столетия.

В последующие десятилетия развития реабилитационного направления в числе методов невербальной психотерапии широко использовались такие методики, как пантомима [3] и лечебная гимнастика [4], но дальнейшего развития и научно обоснованных исследований, к сожалению, не получили. В настоящее время все большее применение в реабилитации психически больных среди невербальных форм психотерапии находят арт-терапевтические методы.

Танцевальная терапия является одной из перспективных форм невербальной психотерапии, способствующих развитию моторных, эмоциональных и когнитивных компонентов поведения [5]. В танцевальной терапии велика роль личностного подхода. Главной задачей танцевального терапевта является не только раскрытие на невербальном уровне особенностей личности больного, но и коррекция его нарушенных взаимоотношений с окружающим миром [6]. Танцевальный терапевт работает со «здоровым ядром» личности пациентов, раскрывая посредством танца индивидуальность каждого больного, его способность открыто и эмоционально выражать свои чувства.

Танцевальная терапия стоит в одном ряду с художественной, музыкальной и драма-терапией. Все эти направления получили общее название экспрессивных видов терапии, поскольку их объединяет то, что они задействуют художественно выражаемые эмоции как способ актуализировать и развивать креативные процессы. Различные художественные формы танца, живопись, музыка, драма заключают в себе элемент игры и работают на развитие креативности человека, рождают в нем свободные чувства, развивают его силу, укрепляют его Я и делают его способность чувствовать и переживать более глубокой. Эти экспрессивные формы очень часто используются совместно. Например, танец и движения могут быть задействованы в музыкальной терапии, и в то же время драма-терапия и танцевальная терапия используют в качестве вспомогательного средства живопись. Танцевальная терапия может быть как самостоятельным направлением в реабилитации больных шизофренией, так и вспомогательным методом при проведении вербальной психотерапии [7].

Структура и техники танцевально-терапевтических сессий

Продолжительность работы зарубежных танцевальных терапевтов с больными на стадии реабилитации довольно велика: она может длиться несколько месяцев. В нашей стране работа танцевальных терапевтов напрямую зависит от финансирования больниц, которое пока ограничено, что заставляет создавать краткосрочные программы и интегрировать подходы. В связи с этим мы разработали краткосрочный танцевально-терапевтиче-

ский курс, состоящий из 10 сессий периодичностью 2 раза в неделю. Продолжительность одного занятия составляет 1,5–2 часа.

Структурирование сессий осуществляется в зависимости от конкретных потребностей пациентов. Обычно сессии имеют многочастную структуру. Структура танцевально-терапевтических сессий, разработанная для больных шизофренией, содержит следующие этапы:

1) разминка (гимнастика цигун или корригирующая гимнастика по системе профессора Ю. А. Афанасьева), задачей которой является подготовка тела к танцу;
2) обсуждение группой темы сессии, в рамках которой посредством вербального и образного представления темы формулируются задачи последующих этапов;
3) индивидуальные и общие танцевальные импровизации (спонтанные танцевальные коммуникации в паре и группе, танец с предметами, импровизационный танец), которые используются для стимуляции коммуникативных функций, отреагирования и выражения эмоций, моторно-двигательного высвобождения энергии;
4) показ картины-мишени, отвечающей теме сессии, с последующим ее обсуждением;
5) релаксация по теме картины, функцией которой является эмоционально-образное воспроизведение темы сессии в воображении и телесное расслабление после танцевальной части;
6) психотерапевтическое рисование собственного видения темы, позволяющее вербализировать переживания во время танца и релаксации;
7) заключительная часть — общий групповой танец, направленный на закрепление танцевальных коммуникаций.

Главные цели разработанной нами групповой модели танцевальной терапии — усилить ресурсы пациентов, снять психоэмоциональные зажимы с помощью танца, физических упражнений и релаксации, усилить личность пациентов и удлинить «период здоровья». Для того чтобы подготовить пациентов к телесному выражению эмоций в танце, «разогреть» их, мы используем в нашей работе корригирующую гимнастику и танцевальное отзеркаливание движений. Комплекс корригирующей гимнастики включает в себя упражнения на развитие эмоций, например, мы предлагаем изобразить грустного, веселого, удивленного человека. С помощью гимнастики цигун мы начинаем эмоциональную работу с телом (движения ветра, укоренение в земле, раскрытие цветка и пр.). Несмотря на невербальный характер методики, обсуждение темы сессии происходит часто, так как иногда тема, предлагаемая танцевальным терапевтом, кажется не актуальной для группы.

В этом случае тема заменяется. Танец-импровизация и работа с кинестетической эмпатией используются всегда.

Мы дополнительно включаем в структуру сессии психотерапевтический рисунок. Так как после импровизации идет релаксация под ту же музыку и с той же темой, то рисунок, выполнить который предлагается по окончании релаксации, позволяет впоследствии перевести образ на вербальный уровень, что само по себе является терапевтическим воздействием. Этот образ можно увидеть и обсудить сразу же после завершения картины. Сочетание танца и рисования играет существенную роль в развитии нарушенной моторной координации, особенно дифференцированных двигательных реакций, в первую очередь рук и зрения, которые играют важную роль в формировании сенсомоторных реакций. Движение глаз, фиксация ими предметов на рисунке, различение ярких красок, прослеживание перемещения предметов и движений в танце способствуют формированию координации ряда функциональных систем, нарушенных в процессе заболевания. Тематический психотерапевтический рисунок упорядочивает необычность ассоциаций, настроение больных. Темы психотерапевтического рисунка подбираются в зависимости от темы танцевально-терапевтической сессии, ими могут быть геометрические фигуры, облака, море, лес, остров, дом, маяк и т. д. В процессе рисования больные либо раскрывают тему сами соответственно своим представлениям, либо отталкиваются от предложенной картины-мишени. На первых пяти сессиях они рисуют цветными карандашами, а затем акварельными красками.

Основные сложности при анализе рисунков душевнобольных связаны с оценкой их стилистических особенностей и формально-структурных элементов — линии, цвета, ритма, композиции. Рисункам душевнобольных нередко присущи нарушения пропорции, стереотипии, манерность и вычурность, обилие предметов и их «разорванность» или шаблонность. Часто только с помощью танца или рисунка можно узнать о переживаниях больного. На танцевально-терапевтических сессиях больные чувствуют себя свободно и защищенно. Как сказала одна больная — «только на танцевальной терапии я могу общаться с другими и не бояться, что меня не поймут». Иногда пациенты с невыраженными нарушениями когнитивных функций описывают содержание своих рисунков на оборотной стороне листа, а потом показывают рисунок участникам группы, рассказывают о нем, а группа обсуждает — какие чувства вызвал тот или иной рисунок.

С помощью рисунков, выполненных после релаксации, можно в конце сессии закрепить положительную установку, предложив обсудить не проблему, а рисунок, его цветовое и пространственно-образное решение. Так как рисунки всех членов группы демонстрируются все вместе, то существует возможность поговорить о целостном решении темы, о групповой работе, о том, какой рисунок с каким может быть объединен, и кто оказался ближе

друг другу в решении темы. На заключительной, десятой, сессии пациенты могут видеть, что они нарисовали в течение десяти сессий и как они продвинулись в образном восприятии мира. Как правило, пациенты реагируют неоднозначным образом: некоторые довольны своей работой, а другим может быть совершенно безразличен результат их творчества. Но это бывает, главным образом, у регрессировавших пациентов. По позитивным реакциям на свою работу можно делать выводы об усилении личности.

Ниже представлено описание методик и техник, используемых в разработанной нами [8] методике танцевальной терапии для больных шизофренией. Порядок представления соответствует порядку их включения в танцевально-терапевтические сессии.

Проективный тест «Какого я цвета» и тест «Анализ телесного компонента интеллекта»

Пациенты входят в зал, подходят к столу, на котором разложены листы с материалом методики «Какого я цвета». Задача каждого из них — сосредоточиться и представить, какой цвет (цвета) в настоящий момент наиболее соответствует его психоэмоциональному состоянию. По нашим наблюдениям, пациенты довольно быстро понимают, что нужно делать, и с видимым удовольствием приступают к рисованию.

По прошествии нескольких сессий возможности рефлексии пациентов развиваются, и они начинают обсуждать свои рисунки, сообщая следующее: «Я сегодня в плохом настроении, поэтому нарисовал все серым (черным) цветом», «Вот как я посветлела к концу занятий, сама не ожидала» или «Ничего не хочу рисовать, я белая».

Кроме того, танцевальному терапевту, который подходит к каждому пациенту в процессе рисования, эта методика дает возможность быстро оценить настроение каждого пациента и группы в целом. В соответствии с информацией о состоянии группы в настоящий момент, внутрь каждой из частей сессии могут вноситься одномоментные изменения.

После работы с тестом «Какого я цвета» предлагается заполнить тестовый материал методики «Анализ телесного компонента интеллекта», который концентрирует внимание пациентов на телесных напряжениях. Этот тест также заполняется в конце танцевально-терапевтической сессии, эта методика дает возможность танцевальному терапевту проследить телесную самооценку пациентов и сравнить ее с собственными наблюдениями, что позволяет перестраивать упражнения по развитию моторики и снятию телесных напряжений в процессе сессии.

Техника работы с телом

Эта техника основана на комплексе оздоровительной корригирующей гимнастики по методу профессора Московского института физкультуры

Ю. А. Афанасьева, в который включены гимнастические упражнения, направленные на работу с телесными напряжениями, созданные на основе биоэнергетических упражнений В. Райха и гимнастики цигун. Метод оздоровительной гимнастики опробован в разных городах России на огромном числе слушателей. На основе этого метода Ю. А. Афанасьевым в 2001 г. выпущена книга «Методология Здоровья».

После работы с методиками «Какого я цвета» и «Анализ телесного компонента интеллекта» пациенты садятся на стулья в круг, и начинается комплекс гимнастических упражнений. Так как пациенты находятся в клиниках длительное время, они испытывают гиподинамию, и потому сразу начинать работать с танцем не рекомендуется. У многих больных хроническими формами психических заболеваний утрачены тонкая координация движений и согласование с дыханием, поэтому перед танцевальной частью следует подготовить тело для последующего телесного самовыражения в танце.

Упражнения выполняются в такой последовательности:

- *осознание болевых точек на теле*: самомассаж биоэнергетических точек на голове и груди. При этом пациентам объясняется, что необходимо сосредоточиться на точках, которые массажируются, выясняя наиболее болезненные. Массировать надо, не сильно надавливая, круговыми движениями вправо и влево, желательно, улыбаясь, так как пациенты при этом улыбаются себе самим. Вначале для пациентов именно улыбнуться себе самому бывает труднее всего, но в процессе танцевальной терапии эта проблема исчезает;
- *осознание мышечных зажимов*: растяжения и сжатия различных групп мышц; использование специальных физических упражнений, направленных на ощущения своего тела; проработка мышц спины, воротниковой зоны, мышц рук и ног;
- *концентрация на точке центра тяжести корпуса и работа над усилением этих ощущений*. У большинства больных шизофренией ощущения центра тяжести корпуса нарушены, как и координация движений. Поэтому упражнения строятся на нахождении центра тяжести (у каждого индивидуально). Вначале упражнения могут проводиться в положении сидя, лишь затем в положении стоя. Упражнения основаны на перекрестных движениях: правая рука — левая нога, левая рука — правая нога;
- *осознание телесных границ*. Предлагаются упражнения, направленные на «проглаживание» себя на некотором расстоянии ладонями, направленными на себя, проходя по передней и боковой линии тела, а также строя «стенку» перед собой попеременно каждой рукой ладонями, направленными перед собой. Эти упражнения можно выполнять как стоя, так и сидя.

Техника присоединения к другому человеку с помощью телесного отзеркаливания

Эта методика имеет и другое название — «кинестетическая эмпатия». Работа с использованием кинестетической эмпатии может происходить сначала между танцевальным терапевтом и пациентами, а затем и между пациентами.

После проделанного комплекса упражнений танцевальный терапевт начинает танцевать с каждым пациентом отдельно, проходя по кругу (пациенты сидят в кругу) и приглашая к танцу. Таким образом происходит невербальное присоединение танцевального терапевта к пациенту.

Отзеркаливая движения пациента, можно проработать те движения, которые наиболее нужны пациенту на данный момент, раскрывая тем самым его движенческий потенциал. Те, кто сидят и смотрят, как танцуют другие, запоминают движения — этот процесс лежит в основе развития их собственного телесного репертуара.

Работа с кинестетической эмпатией включает в себя следующие моменты.

1. Тренировка концентрации на различных движениях партнера по танцу и синхронное их повторение. Танцевальный терапевт просит пациента сделать любые движения, какие он захочет — это могут быть бытовые движения: шить, вязать, красить и т. д. или танцевальные движения, после чего танцевальный терапевт повторяет их за пациентом.
2. Работа с движениями:
- медленными и плавными: движения, задаваемые танцевальным терапевтом, имеют длинные, вытянутые линии, их темп замедлен, работа с такими движениями исключительно терапевтична для больных, находящихся в маниакальном состоянии, им бывает трудно усидеть на месте, нужно все время двигаться, а работа с медленными движениями их успокаивает и концентрирует;
- быстрыми и резкими: отработка резких и быстрых движений ногами и руками, а также корпусом — работа с этими движениями особенно показана при депрессивных состояниях, при необходимости отреагирования агрессии. Движения может задавать танцевальный терапевт и продолжать пациент, но лучше всего стимулировать пациента к формированию резких, колющих движений в довольно быстром, по возможностям пациента, темпе;
- движениями вверх-вниз, из стороны в сторону — эти движения формируют у пациентов ощущение пространства, которое может быть потеряно вследствие заболевания. Движения строятся или горизонтально, или вертикально. Танцевальный терапевт обычно стоит рядом, контролируя правильность пространственной ориентации.

3. Работа с пространством.

Это заключительный вариант работы с телом. Танец строится на поворотах, прыжках, беге в разные стороны и по кругу. Танцевальный терапевт предлагает пациентам задействовать в танце как можно больше площади зала, в котором проходят занятия. Пациентов просят двигать ногами и руками так, как будто они захватывают весь зал и, если включено воображение, то и весь мир. Необходимо почувствовать свободу воздуха, двигаясь по залу. Движения в это время могут быть как тягучими и плавными, так и резкими, с быстрыми перебежками, остановками и движением в другую сторону.

Техника танцевальной импровизации

После того как в предыдущей части сессии отработаны разные варианты движений, можно естественно перейти к танцевальной импровизации. Техника танцевальной импровизации — это передача внутренней реальности, внутренних ощущений, внутренних проблем с помощью танца. В импровизации, как и в спонтанном танце, могут выходить на поверхность новые движения, или те, которые были забыты пациентом. В импровизации могут быть воспроизведены и сиюминутные импульсы, и давно забытое прошлое пациента, его проблемы в отношениях с близкими людьми (например, матерью).

С помощью танцевальной импровизации можно воспроизвести будущее пациента и его прошлое, а также исследовать довербальное развитие, которое выражается в пяти символических действиях, присущих многим людям в двигательно-эмоциональном отреагировании, среди которых:

1) самообъятия;
2) поиск лица свидетеля и, когда оно находится — улыбка узнавания;
3) смех самоузнавания;
4) исчезновения и появления (прятки);
5) освоение танцевально-символического процесса посредством свободного творческого подражания.

Возможно несколько форм работы с танцевальной импровизацией.

А. *Спонтанный танец*. Это базовая техника, подготавливающая импровизацию. Танцевальный терапевт предлагает пациентам двигаться, как им хочется, не задумываясь о движениях: тело само поведет их туда, куда надо, поскольку пациент оказывается внутри потока энергии движения.

Б. *Передача образов, возникших в процессе танца, с помощью рисования в воздухе*. Мы берем на себя смелость утверждать, что рисование в воздухе различных образов — это их кинестетическая вербализация. С помощью этой техники пациент может как бы зафиксировать образ, возникший в процессе танцевальной импровизации.

В. *Передача образов, возникших в процессе танца, с помощью танцевальных движений*. Некоторые люди, как отмечал Карл Юнг, имеют «моторное воображение», им легче фантазировать с помощью танца и танцевальных

движений. Если такого человека спросить после окончания танца, что он чувствовал или что видел в воображении, когда танцевал, чаще всего ему будет трудно ответить. Такие пациенты, как правило, отвечают: «Я забыл» или «Движения сами выходили из меня, я только танцевал эти образы», в то время как те, кто сидел и смотрел, безошибочно угадывают, что изобразил танцующий. Танцевальный терапевт может дать задание станцевать определенный образ, например: «сесть в лодку и поднять парус», «нарвать цветы на лугу», «плескаться в воде» и т. д. Но такая форма задания предлагается только тем, кому трудно работать с образами в танце.

Г. *Импровизация текста песен*. Танцевальная импровизация текста песен тренирует у пациентов невербальные коммуникации посредством использования вербального текста. Она задействует одновременно и кинестетику, и мыслеобразную коммуникацию.

Д. *Танцевальная импровизация состояний* (веселья, грусти, горя, скорби, страха и т. д.). Для пациентов, эмоционально заторможенных в связи с болезнью, проигрывание различных эмоциональных состояний является хорошей возможностью возвращения в мир переживаний. У многих наших пациентов моторная заторможенность выражается в сложностях мимического реагирования на разные эмоциональные состояния. Хотелось бы отметить, что работать с этой методикой нужно осторожно, чтобы не вызвать нежелательных реакций у пациентов: далеко не на все эмоциональные состояния больные шизофренией могут отреагировать безболезненно.

Е. *Танцевальная импровизация с предметами* (обручи, шарфы, мячи и т. д.). Работа с предметами часто используется в танцевальной терапии с больными шизофренией. Предмет, с которым пациент танцует, вызывает у него ощущение, что он не один, что есть еще кто-то, помогающий разделить его одиночество. Наши пациенты довольно часто для своей импровизации выбирали предметы. Если их спрашивали: «Почему вы выбрали тот или иной предмет?», они отвечали: «Так легче танцевать».

Ж. *Импровизация с выбранным партнером (парная импровизация)* заключается в проигрывании невербальной коммуникации (эмоциональное отреагирование в танце понимания состояния партнера). В работе с данной техникой большое значение имеет выбор партнера. Если при использовании техники кинестетической эмпатии партнеры следят за движениями друг друга и повторяют их, то в данной работе они тренируют эмоциональную настройку на другого человека. Пациенты имеют проблемы в понимании других людей, они часто говорят: «Мы не такие, как все». Эта техника танцевальной импровизации дает им возможность почувствовать, что их эмоциональный язык понимаем и похож на язык других людей. Танцевальный терапевт может объединить в паре депрессивного пациента с маниакальным: в танце они будут уравновешивать друг друга.

З. *Групповая танцевальная импровизация со спонтанными невербальными коммуникациями при смене партнеров.* Эта техника заключается в том, что все становятся в круг, каждый попеременно входит в центр круга и исполняет свой танец. Остальные пытаются кинестетически и эмоционально присоединиться к танцующему члену группы.

И. *Индивидуальная танцевальная импровизация.* Все сидят в круге и кто-то, по желанию, выходит в центр круга и танцует. После танца те, кто сидит, могут дать обратную связь танцующему. Если кто-то из них захочет продолжить предыдущий танец, это желание поощряется танцевальным терапевтом. В нашей работе пациенты часто не хотели вербализировать с помощью слов свои чувства — в этом случае они просто аплодировали в конце танца.

Психотехника работы с «картиной-мишенью»

Данная техника заключается в предъявлении пациенту специально подобранных картин. Это могут быть фотографии, открытки, репродукции картин. «Картины-мишени» подбираются в зависимости от предлагаемой танцевальным терапевтом темы. Существует несколько вариантов работы с данной техникой.

А. *Обсуждение выбранной темы для релаксации.* Танцевальный терапевт предлагает картину, например, летнего моря (море — наиболее часто выбираемый образ у наших пациентов, возвращающий их в довербальный период), и говорит: «Вы можете представить себя качающимися на волнах в лучах ласкового солнца. Можете представить, что сидите на берегу и смотрите на заходящее солнце и его блики на море. Это ваша фантазия на эту тему, у каждого из вас свое море — сформируйте его в своем воображении».

Б. *Обсуждение «картины-мишени», ее цветового решения, эмоциональных переживаний, вызванных образом на картине.* Танцевальный терапевт, зафиксировав «картину-мишень» так, чтобы ее всем удобно было рассматривать, спрашивает пациентов о том, какими цветами она выполнена, из каких оттенков состоит море, каким цветом можно нарисовать солнечные блики утром и вечером, какие воспоминания вызывает этот образ. Кто-то может вспомнить, как бывал на море в детстве, как хорошо было купаться и т. д. Если в процессе обсуждения обнаруживается, что образ «картины-мишени» вызвал неприятные воспоминания у кого-то из членов группы, этот образ должен быть быстро заменен на другой, более подходящий для этого конкретного человека. «Картины-мишени» подбираются специально для каждой сессии и могут различаться в разных группах в зависимости от конкретных потребностей пациентов.

Психотехника медитативного вхождения в образ «картины-мишени», с последующей его переработкой

Психотехника направлена на формирование у пациентов концентрации на образе, заданном терапевтом.

Если кто-то из пациентов имеет трудности в продуцировании самостоятельных образов, он может вначале внимательно посмотреть на картину и лишь затем, закрыв глаза, попытаться представить ее. После того как всем пациентам удается увидеть образ картины, им предлагается сформировать собственное видение образа. Для этого им необходимо расслабиться и, удерживая уже имеющийся образ в воображении, дать ему свободно изменяться и перетекать туда, куда поведет воображение. Если это море (как в нашем примере), то у пациентов может возникнуть образ лодки или корабля, пляжа и деревьев, островов в море и пр. — это уже будут их собственные образы, образы прошлого, настоящего или будущего. Чаще всего у наших пациентов возникали образы прошлого. Следует отметить, что все образы вызывали положительные воспоминания у пациентов.

Техника использовалась во время релаксации в период телесного расслабления с отключением мыслей после телесной и танцевальных частей сессии. Релаксация начинается следующими словами танцевального терапевта: «Ложитесь на спину, руки вдоль тела, глаза закройте, расслабьтесь. Вы не чувствуете свое тело, мыслей нет никаких. Представьте ту картину, которую вы только что рассматривали. Постарайтесь покачаться на волнах или полежать на матрасе, посмотрите на голубое небо, послушайте шум воды. Можете представить все, что вам захочется. Но позвольте образам течь свободно, не думайте ни о чем». Многие пациенты, особенно в начале сессий, не могли формировать собственные образы, а воспроизводили образ «картины-мишени», зато к последней сессии эта проблема была снята.

Некоторые из наших больных имели трудности со статической релаксацией, особенно те, которые во время прохождения танцевальной терапии находились в маниакальном состоянии. В этом случае они открывали глаза, поднимались, и танцевальный терапевт продолжала с ними динамическую релаксацию, которая заключала в себе те же инструкции, но включала в себя движение.

Релаксация проходит под специально подобранную музыку. После того как музыкальное произведение заканчивается, предлагается открыть глаза. Открыв глаза, все садятся молча, чтобы не мешать тем, у кого релаксация более продолжительна, и ждут, когда все будут готовы к обсуждению.

Методика рисования образов релаксации

Методика рисования образов релаксации включает в себя несколько этапов.

1. Словесное описание образов релаксации. После того как все пациенты открыли глаза после релаксации и сели, танцевальный терапевт начинает спрашивать у всех поочередно, что они видели в релаксации, не приступая к обсуждению называемых образов.
2. Обсуждение способов предстоящего рисования образов релаксации. Танцевальный терапевт может помочь пациенту с выбором цветового

решения, с расположением предметов на картине, но должен делать это мягко и осторожно, подводя пациента к собственному видению картины.

3. Собственно рисование пациентами образов, возникших в состоянии релаксации под ту же музыку, что предлагалась во время релаксации.

Методика обсуждения рисунков, выполненных самостоятельно

После того как все закончили рисовать, рисунки выкладываются на пол, чтобы все члены группы видели, что получилось у каждого. Здесь пациенты имеют возможность рассказать, что они хотели изобразить. Всем пациентам задается вопрос: «Что ты думал и чувствовал в процессе рисования?»

Еще во время рисования танцевальный терапевт подходит к каждому человеку и задает вопросы относительно видения темы пациентом. В этой части работы, в процессе опроса могут проявиться непроработанные вербально ранние воспоминания пациента. Задачей терапевта является на основании образно-рисуночного восприятия просить пациента вербализовать свои переживания и осторожно подводить его к разрешению проблемы, проявившейся во время релаксации и последующего рисования.

Кроме того, группе предлагается ответить на вопрос: «Кто из членов группы ближе всего по цветовому и эмоциональному выражению образа релаксации?»

У пациентов возникает возможность поделиться своими впечатлениями от рисунков других. Можно сопоставить рисунки, близкие друг другу по цветовому восприятию, по раскрытию темы релаксации, по эмоциональному настроению. Иногда бывает, что вся группа сделала очень гармоничные рисунки, или два или три человека похожи по настроению или цветовому решению темы. Это может означать хорошую общую настройку группы. Такой группе на последней сессии можно предложить сделать рисунок на большом листе, который будет означать общую настроенность каждого пациента на совместную работу.

Методика заключительного группового танца

Данная техника направлена на то, чтобы объединить группу в конце занятия.

Все члены группы танцуют общий танец, который состоит из движений и образов, отработанных в процессе сессии. Заключительный танец в конце сессии является продолжением группового танца, с той разницей, что здесь нет индивидуального отзеркаливающего танца. В этой заключительной части отрабатывается групповая коммуникация. Рисунок танца строится в расчете на группу. В зависимости от музыки, это может быть, например, русская «кадриль» или греческая «зорба», или народный финский танец «енкка», шведский танец «шоттис». Можно использовать современные дискотечные

ритмы и танцы, но они должны строиться с акцентом на группу. Особая роль в этом отводится танцевальному терапевту, так как он отвечает за групповой рисунок танца и, чувствуя настроение группы, подбирает танцевальный стиль. Но, что очень приветствуется, так это выказанное желание группы станцевать тот или иной танец в той или иной манере. Если это произошло, то танцевальный терапевт должен пойти навстречу желанию группы.

Принципы подбора музыкального материала для танцевально-терапевтических сессий

Сложность при составлении музыкального сопровождения заключается в том, что в работе постоянно идет «настройка» на пациента, на его психоэмоциональное состояние в данный конкретный момент. В танцевальной терапии могут быть использованы все типы музыки: классическая, народная, поп-музыка и т. п. Ошибка в выборе музыки может свести на нет весь эффект терапевтического процесса. По мнению танцевального терапевта Л. Эспенак, только чувственная музыка открывает радость, меланхолию, страх, грусть. М. Чейз считала вальс наиболее подходящим для того, чтобы вырваться наружу из внутренней изоляции.

Выбор музыкального сопровождения, которое подходило бы для групповых занятий, представляет собой еще более сложную задачу. Музыка должна быть той основой, на которую будет реагировать каждый участник группы. Именно поэтому М. Чейз считала, что и в этом случае для группы больше подходит вальс, универсальный для работы с пациентами. Наиболее эффективными в работе, по ее мнению, являются вальсы И. Штрауса.

Критерием удачно подобранной танцевальным терапевтом музыки является пробуждение чувств пациента и выход из изоляции. Э. Розен также считала, что если музыка (например, африканские ритмы) накладывает сильный отпечаток на человека, то движенческий ответ будет более сильным и менее стереотипным, а движения станут более свободными.

Подбор музыки для наших сессий во многом осуществлялся на основе представлений Э. Розен. Выбор музыкального сопровождения определялся темой сессии, ее кинестетической задачей, темой релаксации. Поэтому в нашей работе музыкальное сопровождение меняется несколько раз в течение сессии, в том числе в ответ на пожелания участников группы (если большинство согласны с выбором музыкального произведения) использовать то или иное произведение.

Все упражнения коррегирующей гимнастики проходили под музыку, эта музыка специально подбиралась под каждое упражнение. Особо тщательно мы подходили к выбору музыки для релаксации. Она должна быть одинаково близка для всех пациентов и достаточно нейтральной, чтобы не вызвать негативных реакций во время релаксации и после нее.

На практике танцевальный терапевт встречается с пациентами, каждый из которых оказывается уникален по-своему, и потому он должен уметь распознать и задействовать ту или иную танцевальную форму и те движения, в которых нуждается данный пациент. Поэтому современному танцевальному терапевту необходимо пройти обучение самым разнообразным танцевальным стилям.

Танец является сильным терапевтическим средством, которое способствует раскрытию личности. Движением в танце можно передать радость, боль, грусть, горе, злобу, агрессию. И всем, в особенности, тем, кто имеет проблемы в общении, кто отгорожен от мира, танец может помочь «открыть границы». В танцевальной терапии не рекомендуется применять приемы, или шаги, которые трудно было бы выучить. Все движения должны быть выполнимы для пациента. Они не должны препятствовать полной свободе движений: пациент ни в коем случае не должен бояться, что он может что-то сделать неправильно. Если, например, мишенью сессии является преодоление ощущения одиночества, то для решения этой задачи можно использовать такие бальные танцы как вальс, танго, фокстрот, буги-вуги.

Движения этих танцев очень подходят для тех пациентов, которые долгое время были изолированы от общества (находились в больнице, в тюрьме). На танцевальном полу легче преодолеть чувство одиночества и вступить в контакт с другими людьми. Для застенчивых пациентов подходит испанский танец, для неуверенного в себе человека, который теряется в различных ситуациях, подходят сильные (резкие) джазовые движения, для развития сексуальности — танец живота. Иногда танцевальная форма подбирается специально, чтобы раскрыть какие-то конкретные чувства.

Многие танцевальные терапевты отрицательно относятся к использованию классических балетных движений в своей работе, считая, что классические вытянутые строгие формы, которые требуют заучивания, мешают раскрытию чувств. Тем не менее, танцевальный терапевт Эдит Д'Аддарио использует эту форму танца и движения при работе со слепыми людьми. Она неоднократно наблюдала, как ощущение собственного Я в процессе танца повышало уверенность в себе у этих пациентов. Движения классического танца помогали больным концентрироваться на своем теле, «собирать» ощущения тела и его языка.

Американский танцевальный терапевт Э. Зигель [9] объединяла в своей специальной танцевальной терапевтической технике классический балет с психоанализом. Она считала, что именно техника классического танца способствует гармонии тела и души. Пациенты, чью картину тела характеризует дисбаланс, скорее могут осознать границы своего тела, понять, где право, где лево, если постоянно повторяют эти упражнения по многу раз. Во время лечения можно переходить от одного танцевального стиля к другому, проигрывая разные характеры и движения.

Психологическая диагностика

С целью объективизации результатов танцевальной терапии и получения обратной связи от пациентов и врачей больницы нами использовались различные тесты. Наиболее оправданным в оценке состояния психотических пациентов является, по нашему мнению, использование невербальных тестов, в том числе на воображение. Проективные методы объединяют в себе психологическую диагностику и психотерапию, являясь инструментом глубокого проникновения в бессознательное человека.

1. *Проективный рисуночный тест «Какого я цвета?» Н. Ю. Оганесян* предназначен для оценки эмоционального состояния пациента до и после танцевально-терапевтических сессий, являясь экспресс-диагностикой. Перед началом занятия и по его окончании танцевальный терапевт предлагает пациентам сосредоточиться, прислушаться к своему состоянию и представить на специальном бланке в графе «До сессии» («После сессии») в виде рисунка «Какого я цвета» свое восприятие себя на данный момент. Пациента просят не задумываться над заданием, а рисовать спонтанно, глядя на цветные карандаши. При этом можно рисовать одним или несколькими цветами, при желании можно выразить в рисунке возникший образ, можно рисовать где угодно в пространстве теста (рисовать так, как поведет рука, не думая).

Оцениваются следующие параметры:

- выбирает один цвет;
- выбирает несколько цветов;
- выбирает гамму цвета;
- рисует предметы;
- рисует разорванные цвета;
- объединяет цвета;
- рисует в центре;
- рисует по углам с пустой серединой.

Критерии оценки такие же, как в психологических рисуночных тестах. Результаты теста отражают актуальное состояние пациента на момент исследования, что позволяет в процессе танцевально-терапевтической сессии реагировать на обнаруженную проблему пациента с помощью танца и последующего рисунка, а также констатировать характер изменения состояния в результате занятия.

2. *Цветовой тест М. Люшера* позволяет оценить степень выраженности эмоциональной напряженности, эмоциональное состояние в текущий момент времени, а также некоторые личностные особенности.

Испытуемому в случайном порядке предлагается набор из восьми цветовых карточек. Он содержит основные цвета спектра (синий, зеленый,

красный, желтый), два смешанных тона (фиолетовый, коричневый) и два ахроматических цвета (черный, серый). Каждый цвет обозначается соответствующей цифрой. Задача испытуемого — расположить цвета в порядке предпочтения от самого приятного цвета до самого неприятного. Полученная последовательность представляется в виде цифрового ряда. Анализируются цвета, находящиеся в начале и конце ряда, сочетания цветов, ранг каждого цвета у отдельного испытуемого и по группе в целом.

Высчитывается показатель «тревожности», величина которого определяется в соответствии с наличием основных цветов (красного, желтого, зеленого, синего) на седьмом-восьмом местах и показатель «агрессия—болезнь» — при наличии черного, серого, коричневого цветов в первой половине ряда.

3. *Проективный тест «Звезды и Волны» Урсулы-Аве Лаллемант* направлен на определение тревожности, нарциссизма, замаскированной депрессии и оценки образа Я пациента. Пациентам предлагается лист бумаги и дается следующее задание: «Нарисуйте звезды и волны». Тест обращается к бессознательному пациента, одновременно с этим принося удовольствие от его выполнения. Рисунок психотических пациентов, выполненный по окончании танцевально-терапевтических сессий, как правило, изобилует цветом, как и их внутренний мир, который окрашен более яркими красками. Критерии оценки такие же, как в других проективных рисуночных тестах.

4. *Невербальный проективный тест «Оценка результата релаксации» Н. Ю. Оганесян* предназначен для того, чтобы проследить невербальную работу с образами и символами в релаксации и сессии в целом. Созданию теста предшествовало наблюдение автора, заключающееся в том, что у каждого пациента определенный образ или символ красной нитью проходит через танцевально-терапевтические сессии.

Тест позволяет выявить тот или иной образ или символ и определить, как он закрепляется, насколько «развернутым», эмоционально окрашенным (учитывается цвет образа) становится воображение пациентов в процессе занятий, предоставляет возможность выяснить, какие образы являются наиболее важными с терапевтической точки зрения и могут быть использованы для символической работы с больными. Как показывает опыт, к концу курса танцевальной терапии пациенты, с большим трудом воспроизводившие что-либо на бумаге, рисуют значительно лучше.

Тест «Оценка результата релаксации» направлен на исследование динамики в развитии образного восприятия во время танцевально-терапевтических сессий. Образы и символы, предлагаемые пациентам, подбираются специально к каждой сессии, в зависимости от целей занятия. Данный метод представляет собой модификацию метода символдрамы, заключающуюся преимущественно в невербальной работе с образами в танце и посредством рисунка. Методика символдрамы, предложенная немецким психотерапевтом Х. Лейнером, является одним из современных методов психотерапии, позволяющим пережить, проработать и принять то, что при использовании

вербальных техник остается на поверхностно-понятийном уровне, а также, что особенно для нас важно, диагностировать состояние и актуальную проблематику пациента на символическом уровне.

В нашей работе использование символдрамы позволяет изучать динамику работы воображения пациентов. Кроме того, она позволяет собрать в единую, целую, позитивную картину характерное для больных шизофренией фрагментарное течение образов.

Процедура использования метода заключается в том, что пациентам на каждом занятии предлагается выполнить рисунок после релаксации. На первой сессии тема рисунка после релаксации свободная, что позволяет увидеть степень открытости воображения. В дальнейшем пациентам предлагаются конкретные образы («картины-мишени») для релаксации и, соответственно, рисунков, среди них — геометрические фигуры (абстрактные символы), облако, дерево, «лодка и парус» и пр. Предлагаемые образы подобраны таким образом, чтобы из ощущения и понимания пациентом своих психических, физических, этических и эстетических проблем актуализировать наиболее значимые для него и, возможно, неосознаваемые социальные, коммуникативные категории (символы). Эти символы мы предлагаем отреагировать с помощью танца, рисунка и релаксации. Это позволяет исследовать символ и на телесном, и на эмоциональном уровнях.

5. *Методика «Эмоциональность танцевального выражения»*.

Больные шизофренией показывают бедность невербальной экспрессии, ошибки в опознании правильного значения отдельных ее элементов у окружающих. В связи с этим на первой сессии мы проводили телесно-эмоциональное тестирование, заключающееся в телесном выражении таких образов, как «греться на солнце», «собирать цветы», «бегать под дождем», «плескаться в речке».

Пациентам предлагалось следующее задание: нарисовать в воздухе дверь, открыть ее и войти в свой собственный мир. Затем раскрасить его своими эмоциями при помощи движений и рисования в воздухе солнца, облаков, луны, месяца, звезд, деревьев, цветов и т. д. В процессе работы эти задания усложняются отреагированием определенных эмоциональных состояний (страх, радость, удивление и т. д.) с помощью танцевальных импровизаций индивидуально и в паре. Результаты наблюдений танцевального терапевта в дальнейшем сопоставляются с доступностью эмоционального самовыражения в танце-импровизации на последующих занятиях.

Иллюстрации работы танцевального терапевта

Прежде чем подробно рассмотреть примеры групповой и индивидуальной работы в танцевальной терапии, необходимо обозначить роль танцевального терапевта в групповой работе. Танцевальный терапевт не должен

уподобляться инструктору, отдающему указания, хотя довольно трудно удержаться от этого в работе с депрессивными пациентами, которые совершенно не способны к какой-либо активности по собственной инициативе. Наши пациенты надеются, что их научат двигаться, потому что они уверены, что не в состоянии этому научиться самостоятельно. Танцевальный терапевт, выступающий в роли диктатора, будет способствовать не самовыражению пациентов, а развитию и укреплению зависимости от других. Задача танцевального терапевта — показывать определенные движения, повторяя их за участниками, расширяя тем самым ограниченный набор движений пациентов, пробуждая их эмоциональный потенциал.

В нашей работе мы придерживаемся принципа «наблюдения за процессом», исходящего из психодинамического понимания группы. Используя язык движений, танцевальный терапевт наблюдает за пациентами и повторяет за ними определенные движения. Это может быть, на начальном этапе, любое обычное движение, как, например, постукивание ногой или рукой. Предлагая всей группе повторить чье-то движение, танцевальный терапевт обращает внимание на каждого участника группы, давая почувствовать и осознать вклад каждого в общий танец. Это способствует тому, что члены группы начинают лучше понимать друг друга, а также создает благоприятную почву для дальнейшего взаимодействия. Подытоживая вышесказанное, мы можем отметить, что танцевальный терапевт в своих действиях стремится найти золотую середину между лидерским поведением и наблюдением за процессом функционирования пациентов во время танцевально-терапевтических сессий.

Ниже представлено несколько примеров активации коммуникативных навыков больных шизофренией в процессе танцевальной терапии.

Танцевально-терапевтическая группа, состояла из 8 больных (5 мужчин и 3 женщины). При предварительном тестировании до первой танцевально-терапевтической сессии у них выявлялись заторможенность коммуникативных, эмоциональных и моторных реакций, низкая самооценка и энергетический тонус. Все больные прошли восемь сессий, в процессе которых у всех них, без исключения, было достигнуто улучшение коммуникативных навыков.

Одной из задач девятой сессии было закрепление невербально-коммуникативных навыков, отработанных на предыдущих сессиях. Для реализации этой задачи в танцевальной части этой сессии были задействованы: индивидуальный импровизационный танец с последующими спонтанными коммуникациями, импровизационный танец в малых группах и общая групповая импровизация. Индивидуальная импровизация строилась на спонтанных движениях под музыку, пациенты получили задание танцевать так, «как подсказывает им их тело», не обращая внимания на других членов группы. Для импровизационного танца в малых группах с тем же самым заданием

8 больных были разделены на 3 группы (1 — трое мужчин, 2 — двое мужчин и 3 — три женщины) в зависимости от коммуникативных, телесных и эмоциональных показаний пациентов в процессе танцевальной терапии. Группы были сформированы по половому признаку, так как это позволяло проследить развитие мужских и женских форм невербальной коммуникации. Больным для их танцевальной импровизации была предложена музыка вальсов и мазурок Ф. Шопена. Такой выбор музыки обусловлен тем, что для танцевальных импровизаций музыка должна быть нейтральной, чтобы не нести никакой смысловой нагрузки и не программировать образы при спонтанной импровизации, поэтому танцевальным терапевтом были выбраны именно вальсы. При сохранении трехдольной пульсации пациенты по-разному реагировали на метроритмическое наполнение такта, что позволяло танцевальному терапевту видеть внутренний ритм пациентов. Медленный вальс или мазурка отражались в плавных движениях, а в подвижном темпе движения ускорялись, становились более резкими, что говорит о развитии ритмической активности пациентов на протяжении сессий. Тема танцевальной импровизации не была задана танцевальным терапевтом, она должна была появиться спонтанно и тем самым проективно охарактеризовать внутренние переживания пациентов. Времени на подготовку и обсуждение темы импровизации дано не было.

Телесно-коммуникативное поведение трех групп больных

Группа 1. Трое мужчин с разных концов круга медленно двигались под музыку, сходясь в центре. Их движения были плавными и раскачивающимися, затем один из них начал что-то искать под ногами, другие повторили его движение, было ощущение, что они что-то отбрасывали носком ноги. Круговыми движениями они сошлись в центре и сыграли радость встречи с приветствиями и объятиями, они немного побегали, «задирая» друг друга, затем начали танцевать каждый по-своему. Один начал танцевать шагами вальса с раскачивающимися наверху руками, другой почти стоял на одном месте, но верхняя часть его корпуса и руки также раскачивались в разные стороны, третий, держа руки на талии, одной ногой выписывал круги, а другой делал шаг вперед и так, меняя ноги, двигался по диагонали. Но при этом все укладывались в музыкальный ритм. Вдруг двое начали изображать, что везут что-то, третий пристроился сзади, предварительно спросив, что они делают. Было ощущение, что этот третий что-то поднимает с пола и куда-то вставляет. Вдруг они все трое сказали «Бах!» и, радостно подняв руки кверху, запрыгали и замахали руками, как будто кого-то приветствовали, затем изобразили радостный танец с прыжками, бегом и объятьями. На этом танец был закончен. Все сидящие в круге другие больные аплодировали, а потом танцевальный терапевт попросила тех, кто танцевал, рассказать, что они делали. Больные по очереди дополняли свой рассказ: «Мы были на пляже

Петропавловской крепости. Мы там встретились случайно и узнали друг друга. Сначала просто бегали по песку, а затем стали тянуть и заряжать пушку, чтобы выстрелить в 12 часов и сказать всем людям, что наступил полдень. Погода была хорошая, мы плавали, играли в волейбол, нам было хорошо и весело». Танцевальный терапевт не пыталась узнать, как больные объясняют именно такой выбор сюжета, будучи приверженцем так называемой английской «неинтрепретирующей» школы танцевальной терапии, где главным является катарсическое эмоциональное отреагирование больных в процессе танца-импровизации. Можем отметить, что пациенты, присоединившись друг к другу, сформировали единое, целенаправленное развитие темы в процессе танца. Эта танцевальная импровизация свидетельствует о возрождении возможностей пациентов конструировать и развивать общую деятельность на невербальном уровне, проявляя открытые возможности включения эмоций и коммуникации.

Группа 2. Двое мужчин тоже начали танцевать прямо со своих мест. Первый танцевал медленными и плавными движениями, он немного опаздывал за музыкой. А второй, наоборот, строил танцевальные движения в более быстром темпе с прискоками и притоптыванием. Когда они сошлись вместе и посмотрели друг на друга, то первый начал повторять движения второго и некоторое время они танцевали в унисон, присоединившись друг к другу на невербальном уровне. Это был благоприятный признак динамики состояния больного, так как до курса танцевальной терапии он долгое время практически не контактировал с другими больными на отделении и при поступлении в стационар имел кататонические симптомы, затрудняющие контакты. Только к девятой сессии он стал чувствовать движения других и присоединяться к ним. Потанцевав немного отдельно, оба больных начали вместе копать что-то и складывать, потом с двух сторон подняли, понесли и сгрузили, как потом выяснилось, это были «носилки». Так сделали несколько раз, а потом все поняли, что они сажают дерево. Они нарисовали это дерево в воздухе и очень старательно рисовали крону, делали это все в движении по кругу, посадили дерево и засыпали корни, затем вытерли пот со лба и легли под деревом отдыхать. Вся их импровизация была музыкальной, танцуя вместе, они ни разу не сбились с ритма, создав средний ритм, удобный для двоих. Необходимо учитывать, что если у первого до курса танцевальной терапии была сильная ритмическая заторможенность, связанная с депрессивным состоянием, то второй до танцевальной терапии находился в состоянии двигательной расторможенности. В этой импровизации пациенты взаимно дополняли друг друга. Когда они остановились, группа больных, сидевших в круге, дала им обратную связь, точно угадав тему импровизации. Оценивая эффект танцевальной терапии у этих больных, можно отметить, что несмотря на индивидуальные телесно-ритмические различия, они смогли организовать диалог на невербальном уровне.

Группа 3 состояла из трех женщин. Они также начали самостоятельно двигаться прямо со своих мест и сначала довольно долго танцевали отдельно, углубившись в свои чувства. Музыкальный ритм вальса все удерживали, две женщины ногами делали шаги вальса, а верхняя часть корпуса плавно раскачивалась с поднятыми высоко над головой руками. Они свободно двигались куда хотели, занимая всю, довольно большую площадь внутри круга. Третья девушка, улыбаясь счастливой улыбкой, мелкими шагами с плавно поднимающимися снизу вверх руками, медленно перебегала по прямой линии в разные стороны, постоянно разделяя первых двух. Танец получился такой гармоничный, что сидевшие мужчины явно любовались ими. Затем одна из танцующих остановилась и стала что-то делать кистями рук сверху вниз, две другие присоединились к ней. Они стояли треугольником и со счастливой улыбкой делали одинаковые движения руками точно в ритм музыки. Какое-то мгновение все сидящие в круге смотрели на них, затем кто-то из мужчин не выдержал и спросил: «Что вы делаете?» Женщины, продолжая движения, ответили: «Мы корову доим!» Мужчины засмеялись, и кто-то из них сказал: «Когда закончите доить, потанцуйте хороводом, на вас так приятно смотреть!», что те и сделали. Они ходили по кругу зигзагом, почему-то их движения приобрели очертания движений русских народных танцев. Улыбка не сходила с их лиц. Немного так потанцевав, они остановились и получили заслуженные аплодисменты от мужчин. Эта танцевальная импровизация задействовала невербальный коммуникативный контакт между мужчинами, которые давали реплики в процессе женского танца, и женщинами, которые откликнулись на просьбу мужчин продолжить танец. Какое-то время по окончании танца мы все держали молчаливую паузу, прежде чем перейти к другой части сессии.

Следующим общим для всех больных заданием, завершающим девятую сессию, была заключительная групповая танцевальная импровизация. Музыкальное сопровождение состояло из двух частей — медленной части (Поль Мориа) и быстрой (русская плясовая «камаринская»). Изменение музыкального сопровождения было сделано специально, таким образом проверялась способность больных к быстрой смене ритма. Необходимо отметить, что в медленной части пациенты использовали медленные и плавные движения, большинство из пациентов в процессе танца задействовали все части тела. Плавные движения начинались с поднятых, колышущихся рук, переходили на плечелопаточный пояс, включая голову, затем откликались бедра, колени и ступни. При этом все члены группы, танцуя вначале в круге, затем разошлись в разные стороны и танцевали сами по себе, а потом сформировали колышущуюся пирамиду. С появлением быстрой музыки они сначала быстро разбежались танцевальными движениями, а затем, сделав две линии, напротив друг друга, несколько раз сходились, здороваясь друг с другом за руку, и расходились, чтобы сформировать два круга. В этих

кругах мужчины и женщины несколько раз менялись местами, кто-то танцевал в центре круга, а кто-то по краям. В процессе изменения рисунка танца обязательно находился лидер, который вел построение танца.

Умение взять ответственность на себя и повести за собой других в танце может являться признаком развития и удержания коммуникации больных шизофренией во время танцевальной терапии. При вербальной психотерапии принятия ответственности на себя у больных шизофренией довольно трудно добиться, это требует длительного времени. В танцевальной терапии это происходит незаметно для больных, так как в танце напрямую задействованы эмоционально-кинестетические паттерны взаимодействия. Танец быстротечен и в процессе кинестетического танцевального развития танцор не всегда успевает осознать, зачем сделано то или иное движение, необходимо быстро «здесь и сейчас» ответить на жест партнера. Таким образом, с помощью танцевальной терапии у больных шизофренией появляется возможность конструирования действующего Я по отношению к людям на невербальном уровне, а также активируется спонтанная коммуникация. Необходимо отметить, что если вербальные коммуникации у большинства больных шизофренией до начала танцевальной терапии были затруднены, то к последним сессиям все больные уже подают реплики, обсуждают и реагируют эмоционально на исполнение танцев другими членами группы, активно включаются в общую деятельность и устанавливают дружески доверительные контакты внутри группы.

В танцевальной терапии с помощью танца облегчается доступ к заблокированным переживаниям пациентов. Креативное сотрудничество танцевального терапевта и больного направлено на изменение поведения в социуме при усилении конструктивных сторон текущих межличностных отношений. По мнению психиатров, лечивших описанных выше больных, до танцевальной терапии у них отмечались отгороженность, неустойчивость настроения, проблемы в коммуникациях, психомоторная заторможенность. После танцевальной терапии улучшилось сотрудничество больных с врачом, стали менее выраженными явления стигматизации, уменьшились проявления психомоторной заторможенности, больные стали более доступны контакту и более активны на отделении. Что касается медикаментозной терапии, то она, в большинстве случаев, не изменялась.

Как уже отмечалось, работа с психотерапевтическим рисунком является важной составляющей танцевально-терапевтических сессий. Мы остановимся на возможности применения психотерапевтического рисунка как вспомогательного во время танцевальной терапии. Существуют различные формы работы с рисунком в процессе танцевальной терапии.

1. Применение рисунка с целью достижения графического выражения танцевально-терапевтического катарсиса с последующим вербальным

отреагированием при помощи диалога и переструктурирования (перерисовки) проблемы на рисунке.

Приведем пример такой работы. Пациентка Т., 25 лет, диагноз: простая форма шизофрении. На девятой предпоследней сессии групповой танцевальной терапии больной была предложена индивидуальная импровизация на музыку композитора Альбинони. Больная самостоятельно выбрала именно эту музыку, потому что она ей понравилась, когда танцевальный терапевт работала с другой больной. Во время танца Т. явно выражала движениями и мимикой просьбу о поддержке и помощи. Одна из больных откликнулась на этот призыв, они протанцевали гармоничную парную импровизацию, в конце которой обнялись, как бы расставаясь. На вопрос танцевального терапевта: «Что ты чувствовала, когда танцевала?» Т. ответила: «Как будто с кем-то близким расставалась». Ее партнерша добавила, что ей хотелось помочь Т., чтобы она не так страдала, у нее было ощущение во время танца, что они расстаются навсегда. Больше девушки ничего добавить не смогли. В структуре сессии заложена тематическая релаксация с последующим психотерапевтическим рисунком под музыку. Танцевальный терапевт оставила музыку Альбинони для релаксации и предложила тему — «Дорога к Храму» для вербализации переживаний. Целью этого задания было пройти по дороге, войти в Храм, сесть на скамью и просто посидеть, отдыхая. Ниже приводится диалог танцевального терапевта и пациентки после релаксации во время рисования.

Т (Открыла глаза после релаксации, села и спросила): «Можно я нарисую что-то свое, что я видела?»

Терапевт: «Конечно, это прекрасно, что у тебя появилась своя тема» и (подойдя к пациентке, когда та только начала рисовать): «Что ты рисуешь?».

Т: «Знаете, я была на могиле у тети и даже с ней разговаривала. Представляете! Я рисую ее могилу». Крупные слезы падали на листок бумаги.

Терапевт: «Ты очень любила свою тетю?»

Т: «Да, очень, ближе у меня никого не было».

Терапевт: «Где находится ее могила, ты можешь туда сходить?»

Т: «Не могу, она похоронена очень далеко отсюда, в другом городе, я даже на похороны не могла поехать. Но я сейчас только что там побывала», сказала она всхлипывая. На белом листе бумаги в центре листа была нарисована черная могила с крестом.

Терапевт: «Ты разговаривала с тетей? Что она тебе сказала?»

Т: «Да, мы поговорили чуть-чуть. Она была рада, что я ее навестила, и пожелала мне счастья. Нам так хорошо было разговаривать, но вот картина что-то совсем грустная получается».

Терапевт: «Давай посадим траву, деревья, цветы вокруг могилы. Нарисуем небо и солнце».

Т. «Ой, правда, как все стало меняться, когда я рисую!»

Терапевт: «Конечно, ты сейчас сама создала свой собственный и очень красивый мир. Твоей тете будет теперь хорошо здесь. И хорошо, что вы простились. Ты теперь можешь сама строить свою жизнь, все в твоих руках. Так же как мир менялся на картине, пока ты рисовала, так же он может изменяться и в жизни. Ты сама можешь его менять. Все в твоих руках. Надо жить в этом прекрасном мире, у тебя все еще впереди и все обязательно получится».

Т. больше не плакала, пока рисовала природу, о своей потере говорила спокойно.

Резюмируя, мы можем отметить, что танцевальная импровизация актуализировала не вполне осознаваемые чувства тоски и горя от потери близкого человека, которые не были больной до конца пережиты в прошлом. Сразу вербализировать свои ощущения после танца пациентка не смогла. Тема релаксации «Дорога к Храму» и повторение музыки, под которую она танцевала, дали почву для выхода на поверхность скорби по поводу потери близкого человека. С помощью психотерапевтического рисунка произошло графическое отреагирование и вербализация эмоций.

2. Рисунок, следующий за переживаемыми образами после танцевальной импровизации и релаксации с целью выявления особенностей личности и коррекции эмоционального состояния. Приведем примеры работы с двумя пациентами психиатрического стационара, прошедших десять сессий групповой танцевальной терапии.

1. Больной Н., 43 года, диагноз: параноидная форма шизофрении, выраженный волевой дефект, инвалид II группы. Остановимся на рисунках больного, выполненных после индивидуальных, парных и групповых танцевальных импровизаций. Рисунок на свободную тему на первой сессии показал уплощенность воображения, проблемы пространственной организации и слабость линий в прорисовке изображения. Начиная с пятой сессии появилась динамика двигательно-моторной активности, рука начала приобретать силу, характер линий стал изменяться, они стали более четкими, появилась композиционная прорисовка пространства. После релаксации с темой «Геометрические фигуры» (больным было предложено визуализировать геометрические фигуры) пациентом был нарисован треугольник посередине листа, что является свидетельством эгоцентризма, агрессивных тенденций в структуре личности. На следующей сессии на этапе релаксации было предложено с той же целью нарисовать дерево. Была поставлена задача: на сложенном в три раза листе нарисовать дерево с корнями, стволом и кроной. В каждой части листа должен быть прорисован соответствующий фрагмент дерева. Больной идентифицировал себя с кленом, с несформированной кроной и корнями, что интерпретируется как выражение интрапсихической проблематики. Постепенно, под влиянием танцевальной терапии, больной стал более коммуникабельным, способным устанавливать контакты с другими пациентами, как в группе, так и на отделении. Последний рисунок на заключи-

тельной сессии на свободную тему представлял собой следующую картину: было нарисовано озеро, заросшее камышами, и вокруг лес. При этом больной часто говорил, что представить что-либо в воображении ему не составляет труда, хотя на практике это оказывалось не так. Цветовой фон его картин, сделанных во время танцевальной терапии на последних сессиях, не выявлял агрессивности. В процессе танцевальной терапии наблюдалась следующая динамика: больной начал строить образы в танце (импровизировать на заданную и свободную темы), движения стали более сильными, амплитудными, разнообразными и эмоционально насыщенными.

В течение года больной дважды прошел курс групповой танцевальной терапии с интервалом в два месяца. В процессе повторных занятий оказалось, что содержание рисунков осталось без изменений, динамика характера двигательных функций сохранилась, что свидетельствует об устойчивости полученных результатов. Но, несмотря на то, что образ дерева остался прежним, детали рисунка существенно изменились: дерево прорисовано с сильными корнями и кроной, прорисованы также листья и цвет осенней листвы. Эти данные говорят о значительных позитивных изменениях эмоционального состояния пациента, повышении самооценки, что подтверждалось результатами психологического исследования и было объективизировано медицинским персоналом отделения.

2. Больной В., 47 лет, диагноз: параноидная форма шизофрении, инвалид II группы. Через два месяца после поступления пациенту, ввиду сложностей в вербальных контактах, была предложена танцевальная терапия, посещать которую он охотно согласился. На третьей сессии, после танцевальной импровизации на этапе релаксации было предложено задание на визуализацию геометрически фигур. На рисунке он изобразил два прямоугольных многоэтажных дома с окнами, стоящих углом, и хоккейную площадку во дворе. На крышах домов стояли телевизионные антенны, но дома и хоккейная площадка висели в воздухе, земля не была прорисована. Схематично больной нарисовал мальчика на площадке, сказав, что это он. На рисунке в небе летели две птицы по направлению к дому. На вопрос танцевального терапевта: «Что это за птицы, кто бы это мог быть?» пациент ответил: «Это я и брат. Мы летим домой. Знаете, когда я играл в хоккей, то часто смотрел на наши окна, мне было приятно, что мама видела, как я играю». «Там в детстве было так хорошо!» — добавил он тихо. А затем удивленно сказал: «Как странно, после того как мы с вами танцевали, вместо геометрических фигур вдруг вспомнилось детство». Необходимо отметить, что пациент часто спонтанно вербализировал свои ощущения после танца, релаксации и рисунка, помогая танцевальному терапевту следить за динамикой его ощущений и эмоций. Как правило, комментарии были точными и понятными. На предпоследней девятой сессии его танцевальные импровизации стали значительно выразительнее, брал инициативу на себя, если танцевал с женщиной.

При просмотре видеоматериала танцевально-терапевтических сессий было очевидно, что пациент стремится проявлять инициативу, активность, вызывать интерес у женщин. Пациент начал высказывать мысли, что мужчина обязательно должен иметь семью, заботиться о женщине и быть в семье главным, очень переживал, что у него семьи нет. На одной из сессий была предложена танцевальная импровизации на тему встречи двух людей. Затем на этапе релаксации была предложена тема «Дом», целью которой являлось нарисовать дом, в котором ты был бы счастлив. Пациент стал рисовать свою комнату. Он рисовал долго и комментировал.

Терапевт: «Что ты рисуешь?»

В.: «Это моя комната. Знаете, перед тем как попасть в больницу, я устроил настоящий погром в квартире, все разбросал. В релаксации “въехал” в свою комнату и решил убраться. Я два года назад переехал в эту квартиру в центре города, здесь потолки очень высокие и это пространство меня мучает. Надо как-то соразмерить эти пустые стены. Вот я думаю, мы рисуем такие красивые картины на темы из вашей фотокниги, может, купить репродукции, сделать рамку да на стену повесить». Он нарисовал за это время кровать и себя в ней (только голову и руку, без одеяла и подушки), рядом тумбочку и торшер, чуть дальше шкаф. На потолке люстра и стены очень высокие и голые.

Терапевт: «Конечно, можно купить репродукции картин, которые тебе нравятся, да я думаю, что и Олег (он художник) что-нибудь тебе нарисует в подарок перед выпиской. Ты можешь раскрасить сейчас свою комнату и мебель, придумай цвет обоев, повесь картины. Как ты думаешь, где их лучше разместить?» Другие больные слышали этот разговор, они уже закончили рисовать и выложили свои рисунки на пол для обсуждения. Все девять человек подошли к В., встали рядом и стали давать советы, где что лучше повесить. В. сказал: «У меня еще гитара есть, куда бы ее деть?» Больная, стоящая рядом: «А ты повесь гитару на стену между тумбочкой и шкафом». В. так и нарисовал. Следует отметить, что все пациенты с удовольствием обсуждали эту тему и давали советы, где развесить картины, где повесить зеркало. Таким образом, на этапе обсуждения рисунка не только активизировались коммуникативные способности пациентов, но и произошла консолидация всей группы. А для В. желание убраться в доме явилось одним из признаков улучшения состояния перед выпиской.

Танцевальная терапия при остром полиморфном расстройстве с симптомами шизофрении

Ирина, 23 года. Старшая из двоих детей, родилась от первой беременности, роды срочные, наследственность психопатологически не отягощена. Росла замкнутой, малообщительной, была трудным ребенком, раздражалась по мелочам, скандалила, могла что-то бросить, причем трудности с годами нарастали. Особенно конфликтными стали последние три года. Закончила 11 классов, два года пыталась поступить в медицинский институт, на третий

год после посещения подготовительных курсов и работы лаборантом была зачислена в библиотечный институт. Сексуальных контактов с молодыми людьми никогда не было. Семья матери и сама мать — староверы, и больная также придерживается этой религии. Проживает в Санкт-Петербурге, в отдельной квартире. В настоящее время является студенткой третьего курса, сдала успешно зимнюю сессию, на время нахождения в психиатрической больнице был оформлен академический отпуск. Психические нарушения стали отмечаться с марта 2003 г. после перенесенной черепно-мозговой травмы с сотрясением головного мозга. От госпитализации отказалась из-за зачета. Стала сообщать о том, что к ней плохо относятся в институте, стала подозрительной: «Кругом бегают наркоманы, могут подбежать и неожиданно сделать укол». Высказывала мысли о том, что ей в сумке «подменили паспорт». Накануне госпитализации сделала попытку выйти в окно: неожиданно зашедшая в комнату мать застала ее стоящей на окне с занесенной ногой над примыкавшим балконом. Во время вызова скорой психиатрической помощи впервые сказала о том, что слышит голоса. Амбулаторно было назначено медикаментозное лечение рисполептом. Улучшение было незначительным, и поэтому Ирина согласилась на госпитализацию.

Психическое состояние: в сознании, ориентирована верно. На вопросы отвечает охотно, глаза полуоткрыты (от действия лекарств). Когда спрашивают о ее самочувствии, на глаза набегают слезы, говорит, что слышала голос — «кричала страдающая женщина на лестнице». Формально подтверждает, что у нее заболевание, и она согласна лечиться. На отделении было продолжено лечение рисполептом до 4 мг в сутки и ремероном 30 мг на ночь. Во время беседы несколько манерна, подолгу обдумывает свои ответы. Сообщила, что голоса стала слышать после окончания школы. Вначале голоса ей не мешали, слышала их внутри головы, мужские и женские, которые комментировали ее поступки, давали советы («Я даже с ними советовалась, часто следовала их советам»), называет эти голоса «хорошими» и даже не хотела бы от них целиком избавляться, «а то скучно будет». Голоса, которые начала слышать за месяц до настоящей госпитализации, называет «зловредными» и рада, что сейчас их нет, хотя эпизодически продолжает слышать, как ее обзывают «дурочкой», «ненормальной», продолжает жаловаться на сниженное настроение, суицидные мысли отрицает. Происхождение «голосов» объясняет так: «они существуют в природе, а я слышу в силу своей особенности». Критики к болезни нет. Диагноз: острое полиморфное расстройство с симптомами шизофрении.

Диагностика перед началом танцевальной терапии.

Пациентка выглядит заторможенной, взгляд застывший, походка медленная, скованная, шаркающая. Выражение лица осмысленное, но грустно-испуганное. Мимика вялая, переход от одного выражения лица к другому замедлен. Жестикуляция смазанная. Смех тихий. Отмечаются проблемы в

вербальном контакте. Речь тихая, замедленная. Ярко выражена напряженность поз. Ассоциированные движения в плечевом поясе при опускании и вставании недостаточны. Многочисленные мышечные напряжения по всему телу. Патологических движений нет. Быстрая утомляемость. Сильные стороны: открытость контактам; хорошая природная координация; танцевала в детстве; интеллект не нарушен.

Задачи работы с пациентом.

Физические: усиление энергетического баланса в теле. Снятие мышечных напряжений (зажимов). Работа над двигательной активностью. Психические: развитие коммуникативности, движенческого языка, творческого воображения и эмоциональной активности. Преодоление заторможенности. Содействие росту личной силы, внутреннего Я. Социальные: возвращение к учебе в институте, формирование перспективных жизненных планов.

Описание сессий танцевальной терапии с включенным наблюдением за пациентом.

Пациентка приступила к занятиям танцевальной терапии в группе спустя месяц после поступления в стационар из-за подозрения на желтуху (выяснилось, что это была реакция на лекарства).

02.07.03. *Цель.* Знакомство. *Задача.* Выяснение телесной экспрессии через гимнастику и танец. *Тема релаксации.* Свободная.

Очень тихая, скромная девушка, ведет себя незаметно. Невыразительна, не эмоциональна, хотя, по мнению терапевта, это не ее природная особенность, так как эмоциональные реакции сохранены. У нее хорошая фигура, движения скоординированы. Рисунок беден, преобладают разорванные образы, связь между ними отсутствует.

04.07.03. *Цель.* Стимуляция развития языка тела. Концентрация на цветах и их прохождении через тело. *Задача.* Усиление моторной активности. Работа с темпом и ритмом. *Тема рисунка после релаксации.* Геометрические фигуры.

Гимнастику делала хорошо, но не успевает за группой. Темп и ритм движений замедленный. Ей сложно сосредоточиться и сконцентрироваться. С трудом вспоминает, какое сегодня число, если надо написать его на тесте. Возникают большие трудности и с оценкой телесных напряжений. Релаксация и расслабление идут хорошо, что является прогностически положительным признаком. Возможно, нарушения эмоциональной сферы не настолько глубоки.

07.07.03. Пропустила это занятие, так как лежала под капельницей: Ирине делали промывание печени, так как сохраняются симптомы лекарственного гепатита.

08.07.03. *Цель.* Взращивание личной силы. *Задача.* При помощи физических упражнений «укорениться в земле». Твердо и уверенно стоять на своих ногах, «пустить корни». *Тема релаксации.* Дерево.

Чувствует себя лучше. Очень жалела, что не была на предыдущей сессии. Занятия ей нравятся. Танцует неплохо, «отзеркаливать» других может, но не всегда успевает за партнером. Ритм движения тела замедленный. Опаздывает при смене упражнений. Уже начали проявляться эмоции. Если танцевать с ней больше, она сможет отражать движения танцевального терапевта, развивая при этом свой танцевальный язык. Нужно попытаться вернуть ей «память тела», память на движения, которые она делала в кружке танца в детстве. Необходимо обращать внимание на упражнения, направленные на рост личной силы. Задачей следующих занятий будет также стимулировать движения рук.

10.07.03. *Цель.* Работа на перспективу. Что у меня впереди? *Задача.* Танцевальные импровизации. «Что я чувствую в танце?» Гимнастика направлена на рост личной силы, дыхательные упражнения — на улучшение и углубление релаксации. *Тема релаксации.* Дорога за горизонт. Что там за горизонтом?

Импровизировала сама и очень неплохо. Танцевали под музыку Маснэ «Умирающий лебедь». У нее получилась очень красивая, живая(!) птица. Она танцевала в стиле классического танца. Вспомнила все-таки! Надо было видеть ее одухотворенное лицо! Наступил перелом, она вернулась из своего заторможенного мира. Тема релаксации — уйти за горизонт — тоже получилась. Она нарисовала себя и маму на пляже. «Мы лежим и смотрим на море», — сказала она радостно. Вот так, с помощью танца, удалось сделать прорыв в воображении. Заторможенность и «тихость» представляют собой как особенности ее личности, так и следствие заболевания, отсюда и сложности в работе с ней. Ее отпустили в домашний отпуск, но она будет ходить на занятия. Интересно, что после импровизации Иры другие члены группы тоже стали импровизировать в танце, и многие делали это очень хорошо. У группы появилась свобода самовыражения. А это много значит для таких больных.

14.07.03. *Цель.* Укрепление личной силы. *Задача.* Гимнастика цигун. Цветовая гармонизация с помощью упражнений на визуализацию цвета. Упражнения на динамическую координацию и моторную память. Танцевальные импровизации на темпераментную музыку. *Тема релаксации.* Волны. Отдых и расслабление.

Пришла с хорошим настроением, красиво, по-летнему одета, на голове «прическа балерины». Сказала, что такую прическу делала ей ее мама, когда она ходила в кружок. Гимнастику делала хорошо, появилась сила в движениях. Разговаривала со всеми, рассказывала, что делала на даче. Во время занятий высказывала свое мнение. Увереннее строит свои движения. Импровизирует. На данный момент ей нужна темпераментная музыка. Необходимо постоянно уделять внимание силе движений. Очень хорошо нарисовала волны. Говорит, что качалась на них и просто отдыхала: «Так хо-

рошо было!» Это и являлось задачей терапевта: достигнуть расслабления после темпераментных танцев.

15.07.03. *Цель*. Усиление энергетического баланса тела с одновременным формированием покоя. *Задача*. При помощи открытых поз в танце усилить поток энергии в теле, выполнить упражнения «маятник» и «ворота». Усиление проработки пространства, его сторон: верх, низ, право, лево. В релаксации — упор на отдых: качаться на волнах и пожить на своем острове, дать прочувствовать, что одиночество тоже может быть комфортным: можно жить на острове и не быть оторванным от мира. *Тема релаксации*. Остров.

Очень хорошо строила свои движения и «отзеркаливала» движения других. Правда, медлительность все-таки остается, и проживание эмоций попрежнему вызывает трудности. Она их выражает, но как бы приглушенно. Это видно и на движенческом, и на мимическом плане. В картине после релаксации очень хорошо прослеживается эмоциональность. По мнению терапевта, так проявляется ее темперамент. Вот это интересно! Очень хорошо прошла визуализация «Остров», он оказался в южном море. Ира не смогла хорошо нарисовать хижину и расстроилась. Терапевт ответил: «Это ничего, ты же не профессиональный художник. Ты можешь объяснить всем, что у тебя на острове». Надо работать над пробуждением внутреннего темперамента.

16.07.03. *Цель*. Формирование позитивной жизненной установки. *Задача*. Импровизировать под радостную сильную музыку. В релаксации и с помощью «картины-мишени» постараться погулять на природе. *Тема релаксации*. Луг. Поле.

Сделала свою импровизацию под дискотечную музыку. Танцевала прекрасно, все в группе аплодировали от души. Ритм держит уже хорошо. Ира музыкальная девушка. Необходимо продолжать работу над раскрытием темперамента, внимательно следить за ней на гимнастике, ее упражнениям надо придать силу, она должна научиться сильно напрягаться и быстро расслабляться. Луг видела в релаксации ярко. Говорит, сначала сверху смотрела, а потом и погуляла, даже запах травы ощутила. Рисует она, к сожалению, не очень хорошо. Но цвет луга, многоцветие трав переданы прекрасно.

21.07.03. *Цель*. Осознать, что каждый человек в жизни должен иметь свои цели и уверенно к ним идти. Работа на перспективу. Тренировка коммуникативности. *Задача*. Танцевальные импровизации на утверждение себя в пространстве, география в танце, умение повести партнера за собой к намеченной цели. *Тема релаксации*. Корабль.

Работала над импровизацией под поп-музыку. Движения стали намного сильнее. Гимнастику делает значительно увереннее. Эмоционально адекватна. Ира пришла из дому сама, раньше ее сопровождала мама. Погода жаркая, но она не поехала на дачу, а пришла на занятия. Ира была красиво и со вкусом одета, в длинной юбке, волосы убраны в прическу, которая ей идет. То, что она

следит за собой, это очень хороший признак. К ней возвращается желание жить, быть красивой и нравиться другим. Терапевт сказала: «Какая ты красивая сегодня!» Ире явно понравилось, что ее старания были замечены. Она строила свои движения и вела за собой партнеров по танцу. После релаксации она нарисовала корабль с парусом, сообщив: «Я ощутила сильный ветер и поставила парус за ним». Просто молодец! Ее бытовые движения, походка стали другими, более уверенными. Даже врачи и медсестры заметили, как она изменилась. «Поправляется наша Ирочка», — сказали они.

24.06.03. *Цель*. Самовыражение. Осознание: «Я такая, какая я есть, и я красива». *Задача*. Утверждение собственного Я в танце и в рисунке. *Тема релаксации*. Любые образы, которые возникнут. Свободные ассоциации.

Ира принесла из дому конфеты и поблагодарила всех очень по-доброму. Велась видеосъемка этой сессии, она немного стеснялась камеры, но все делала хорошо. Рисунок получился красочный и оптимистичный. Можно бы было позаниматься с ней индивидуально, но нет возможности. Она едет на дачу. Но и сейчас ресурсы у нее хорошие, она вернулась к жизни в этом мире.

Спустя несколько дней терапевт встретила Иру с мамой в обувном магазине, они выбирали осенние туфли. И Ира, и мама были в хорошем настроении.

Психологическая диагностика

Рисунок пациентки с изображенными на нем двумя прямоугольниками может означать, что она находится в состоянии перемен, при этом любознательна, пытлива, но внушаема и наивна. Свободно работает с символами в релаксации, они получают индивидуальное преломление в воображении (тест «Оценка результатов релаксации»). Тест «Какого я цвета» подтверждает это: она выбирает гамму цветов начиная с пятой сессии, но вследствие заболевания расположение цветов раздробленное. Тест «Внешний баланс» показал значительный сдвиг баланса в сторону уравновешенности. Тест «Телесный интеллект» подтверждает некоторую сложность в концентрации внимания. Она выполняла этот тест медленно, но очень старалась отследить свои напряжения, хотя ей не всегда удавалось сделать это адекватно. Метод исследования самооценки Дембо—Рубинштейн показал повышение на 2 балла оценок своего ума, воли, общительности, уверенности в себе, счастья; на 3 балла — женственности, внешности; и на 4 балла — оптимизма; все остальные параметры повысились на 1 балл. Тест «Структура темперамента» регистрирует высокую интроверсию и медлительность, очень высокую ригидность, средне выраженную эмоциональную возбудимость и активность. Тест «Координация движений» показал 100%-ное улучшение координации обеих рук. Если до начала танцевально-терапевтических сессий левая рука отставала и дрожала, то после их окончания руки работали синхронно, хотя осталось небольшое дрожание левой руки. Быстрота моторики улучшилась. В тесте Люшера цвета серый, коричневый, черный ушли

на последние места. Тест «Звезды и Волны» до сессий выявлял неуверенный, легкий и слабый штрих и фигуры, отражающие эмоциональную чувственность, возбудимость, сильную тревожность. После сессий — гармония пространства, контроль сознания. Штрих уверенный, маятниковый. Состояние стабильное, без аффектов.

В ходе комплексного лечения наблюдалась положительная динамика психического состояния больной. Ирина стала активной, охотно посещала занятия в психотерапевтических группах, улучшилось настроение, появилась критика к своей болезни. Выписана домой. Планы реальные, опасных тенденций нет.

Катамнез спустя полгода. Пациентка восстановила обучение в вузе на том же курсе. Успешно сдает все экзамены. Строит планы на будущее, собирается устраиваться на работу по специальности. Опасается, выдержит ли она напряженный ритм жизни — одновременно работать и учиться. Хочет, чтобы в ее жизни появился «бойфренд».

Заключительные положения

В медицинской среде бытует мнение, что арт-терапией в медицинских учреждениях должны заниматься только врачи или профессиональные психологи. Но есть другой подход к этой проблеме в мире. В Америке, Англии, европейских странах (Голландия, Германия, Швеция, Финляндия) существуют высшие школы арт-терапии, куда принимаются в первую очередь люди, профессионально владеющие каким-либо видом искусства. Хотя двери этих высших учебных заведений, конечно же, открыты и для психологов, социальных работников, специалистов по лечебной физкультуре и врачей, которые хотят применять в своей работе методы арт-терапии как вспомогательные, но они тоже сдают экзамен на профессиональное владение выбранным видом искусства. В книге Р. Б. Хайкина «Художественное творчество глазами врача», написанной в 1992 г., отмечается, что все эти перечисленные специалисты обязаны владеть тем видом искусства, которое они хотят использовать в качестве терапии. В то же время художники, актеры, музыканты и танцовщики-хореографы должны получить профессиональные знания в медицине, психологии, кинезиологии, психотерапии и т. д. Перед тем как получить диплом музыкального, танцевального, художественного или драма-терапевта, учащимся этих учебных заведений необходимо представить творческие работы в виде профессиональных художественных вернисажей, хореографических, драматических и музыкальных постановок в профессиональных коллективах. У нас в стране профессиональные обучающие программы в этих арт-терапевтических дисциплинах находятся пока в стадии разработки и становления. Но мы надеемся, что, получив профессиональное

образование в области танцевально-терапевтического консультирования, молодые танцевальные терапевты России начнут работать не только в психиатрических клиниках, реабилитационных центрах, но и с детьми и взрослыми в оздоровляющих программах.

Список литературы

1. *Lowen A.* Bioenergetics. New York: Penguin Books, 1975.
2. *Вид В. Д.* Психоаналитическая психотерапия при шизофрении. СПб., 1993.
3. *Вид В. Д., Воловик В. М., Гончарская Т. В., Днепровская С. В.* Методы групповой психотерапии психически больных: Методические рекомендации. Л., 1982.
4. *Бондаренко Е. И., Воловик В. М.* Применение лечебной физкультуры в системе восстановительного лечения психически больных: Методические рекомендации. Л., 1975.
5. *Costonis M. (ed)* Therapy in motion. Chicago: University of Illinois Press, 1979.
6. *Chodorow J.* Dance Therapy & Derth Psychology — The Moving Imagination. London and New York: Routedge.1989.
7. *Гренлюнд Э., Оганесян Н.* Танцевальная терапия. Теория, методика, практика. СПб., 2004.
8. *Оганесян Н. Ю.* Танцевальная терапия в реабилитации психотических расстройств: Автореф. дис. ... канд. наук. СПб., 2005.
9. *Siegel E.* Dance-Movement Therapy — Mirror of Our Selves. The Psychoanalytic Approach. New York: Human Sciences Press, 1984.

Глава 12

Психосоциальные проблемы в геронтологии

Возрастные изменения при благоприятном «до-болезненном» старении

Население Земли, к сожалению, стремительно стареет. В Санкт-Петербурге, например, проживает 1 млн людей пожилого и старческого возраста. По прогнозам ВОЗ, к 2025 г. в мире будет 1 млрд 200 млн людей старше 60 лет, из которых 34 млн 230 тыс. будут жить в России. За этими цифрами стоит целый круг проблем, прежде всего медицинских, так как пожилой человек нередко страдает сразу несколькими заболеваниями. Поэтому бытует два взгляда на старение: «старость — не радость», «старость — это время потерь», полагают приверженцы первого направления, их — большинство. Даже занимаясь оздоровительными мероприятиями заранее, человек чувствует себя неуютно, неуверенно, особенно в нашу эпоху неопределенности. Второй взгляд: «старость — одна из ступеней жизни со своими законами и... радостями тоже». Так думает меньшинство, поскольку «немногие умеют быть стариками». Однако именно среди них меньше больных или несчастных. Они осознают, что старость — это не только список потерь, а интересная пора со своими законами. И если им следовать, то вместо азарта достижения, обладания приходят радости созерцания, осмысления, мудрости. Однажды профессора Ц. Г. Масевича спросили: «Когда начинается геронтологический возраст?» Он ответил, что для кого — и в 40 лет, а для кого — и никогда. Понятно, что с годами слабеет телесное здоровье. А вот что касается здоровья душевного, то здесь возможны противоположные варианты. Данная глава посвящена проблемам личности в старости, способам диагностики и коррекции возрастных и болезненных изменений.

До наступления хронического заболевания, о какой бы системе органов ни шла речь, как правило, имеет место стадия предболезненных до-патологических изменений. Какие же возрастные изменения психики могут быть у пожилого человека? Инволюция центральной нервной системы ведет к «за-

медлению» основных сенсорных функций. Речь идет о снижении зрения, слуха, вкуса, осязания и о более сложных изменениях. Меняются процессы восприятия нового, запоминания, психомоторики, снижается гибкость, уменьшается эффективность высших интегративных функций мозга — анализа и синтеза. Однако треть пенсионеров продолжает трудиться, и у 93% из них сохраняется полная трудоспособность. В возрастной группе 70–79 лет объем переработанной информации ниже в 2 раза по сравнению с группой в возрасте 40–49 лет. И, тем не менее, нормы половозрастного снижения психических функций отсутствуют, так как процессы старения гетерохронны даже у одного и того же человека. Имеется множество факторов, влияющих на их скорость: индивидуальные генетические особенности, социальные роли, тренированность интеллекта, волевые качества, здоровый образ жизни и многое другое. Обращает внимание, что все перечисленные «факторы наводки» могут иметь место при отсутствии патологических изменений.

Что касается конкретных изменений при благоприятных, до-болезненных процессах старения, следует отметить, что экспериментальные исследования позволяют сделать следующие выводы.

1. Процесс старения памяти имеет два периода спада: 60–70 лет и 70–80 лет. «Восьмой десяток» — период относительной стабильности. Кратковременная память страдает так же, как и долговременная. Что касается актуализации событий прошлого, то это связано с особой эмоциональной окраской прошлого опыта для пожилого человека, настоящая жизнь которого наполнена эмоциями гораздо меньше. Этот «уход в прошлое» имеет место как при благоприятных формах старения, так и при старческом снижении настроения. При болезненных депрессивных расстройствах любого возраста люди «живут прошлым», так как не видят никаких радостей в настоящем и будущем. Считается, что в условиях уменьшения интеллектуальных, эмоциональных и физических ресурсов воспоминания помогают старому человеку сохранить самооценку даже в ущерб объективности, идеализируя и оправдывая события прошлой жизни. Забегая вперед, надо отметить, что работа над воспоминаниями способствует улучшению отношений пожилых людей с окружающими [1]. Наша удовлетворенность тем или иным периодом жизни зависит от того, как были прожиты предыдущие годы и каким смыслом наполнены настоящие. Способность с любовью и благодарностью вспомнить прошлое — это залог *примирения* с настоящим, где есть снижение сил, здоровья, общения. Для некоторых старых людей, особенно материалистов, — это пустые слова. Многим надо *помогать* проделать этот путь (работа с биографией).

2. Интеллектуальная деградация отнюдь не является обязательным атрибутом старческого возраста. В то время как у одних старых людей интеллект с возрастом ухудшается, другие их ровесники включают различные компенсаторные механизмы. Речь идет о работе механизмов понятийного мышления,

компенсирующих недостатки оперативных форм переработки информации. Еще один механизм компенсации связан со способностью к когнитивным перестройкам в зависимости от изменившихся (чаще всего ухудшившихся) жизненных обстоятельств. Именно когнитивная перестройка помогает старому человеку ощущать осмысленность своей жизни, ставить и достигать новые (пусть даже менее глобальные) цели вместо прежних. Большое значение имеют компенсаторные механизмы опосредования. Особенно ярко они проявляются на этапе позднего возраста, когда когнитивные способности обнаруживают тенденцию к снижению. Опосредующая деятельность может быть многоуровневой — от гиперсамоконтроля до чисто внешних вспомогательных процессов: сюда могут быть отнесены чтение с помощью лупы, использование пожилым человеком компьютера, телевидения или мобильного телефона. К 70 годам спад интеллекта достигает 70% от первоначального уровня; причем, чем выше был интеллект, тем менее характерен его спад. Уровень интеллекта высоко коррелирует с продолжительностью жизни, напротив, низкий уровень связан с низкой жизнеспособностью [2].

3. Личностные черты, свойственные характеру человека в молодые годы, в старости имеют отчетливую тенденцию к заострению. Эти сдвиги могут быть как негативного, так и позитивного характера. У людей бережливых может развиваться мелочность и скупость. Эмоциональная несдержанность заостряется до степени взрывчатой агрессивности. В то же время у других людей той же возрастной группы появляется умиротворенность, способность «подняться над суетой», адекватно переоценить свои возможности, осмыслить происходящее. У одного и того же человека могут быть как негативные, так и позитивные изменения личностных черт.

При старении эмоциональной сферы у пожилых людей отмечаются биохимические сдвиги, предрасполагающие к проявлению таких эмоциональных нарушений, как тревога и депрессия. Лейтмотив любых переживаний старости отражает термин «возраст потерь», знаменующий утрату физического, психического и социального благополучия. Старые люди становятся пессимистами, способность радоваться снижается, у них преобладают различные тревожные опасения: одиночества, беспомощности, обнищания, смерти. Неуверенность в себе и завтрашнем дне делает старых людей более мелочными, скупыми, сверхосторожными, педантичными, консервативными. Интерес к внешнему миру, к новому падает. Но наряду с этим появляется повышенный интерес к переживаниям прошлого, его переоценке и к своему телу, различным неприятным ощущениям, часто наблюдающимся в старости.

Поскольку люди преклонного возраста имеют различные заболевания, они эмоционально переживают весь комплекс проблем, связанных с болезнью. Данные реакции порождают стресс, ведущий на биохимическом уровне к снижению мозгового кровообращения. Все эти явления усиливают психи-

ческую дезадаптацию. Так замыкается порочный психогериатрический круг [1]. Сенсорная депривация, в которой живет большинство людей старческого возраста, ведет к разрастанию мелких отрицательных эмоций. Дежурная досада по поводу своего очередного недомогания разрастается до ипохондрической мнительности, и пенсионер становится завсегдатаем поликлиники. Все это делает тревожность и сниженное настроение атрибутом трети населения пожилого и старческого возраста. Второе направление наиболее характерных эмоциональных изменений в старости связано с частыми переживаниями утраты (супруга, семейных связей, работы, социальной роли, престижа и т. д.). Психологам известны этапы наступления смерти: социальная смерть (уменьшение круга социальных ролей, функций, потребностей), психическая смерть (сужение психических функций, прежде всего, общения), физиологическая смерть (ведущая к остановке биологических функций систем и органов человеческого тела). По распространенному мнению «смерть — это конец отношений», именно эта эмоциональная составляющая определяет при непатологическом старении скорость инволюционных процессов.

Самооценка человека в старости претерпевает существенные изменения. С одной стороны, общее снижение жизненных функций также негативно влияет на самооценку. Смысл, сущность социальной дезадаптации кроется в следующем: осознание возрастного снижения физической и психической силы есть начало формирования нового психосоциального статуса пожилого человека. К этому времени для человека становится ясным, что его опыт и знания менее значимы для общества, чем перспективность и оперативность молодого работника, что общество не обнаруживает желания считаться с его старыми привычками, стилем и образом жизни. В этом периоде жизни пожилого человека, когда возникают проблемы социальной адаптации к общечеловеческим трудностям, прибавляются еще и субъективные, ситуационные и личностные проблемы адаптации. Изменение социального статуса пожилого человека связано с различными факторами, в том числе с выходом на пенсию, утратой близких родственников и друзей в связи с их смертью, ограничением возможности общения с оставшимися в живых, трудностями в самообслуживании из-за тяжелых инвалидизирующих заболеваний, ухудшением экономического положения. Одна из самых серьезных проблем в жизни людей пожилого возраста — их материальная необеспеченность. Все это нарушает привычные жизненные стереотипы, требует мобилизации собственных физических и психических резервов, которые в позднем возрасте в значительной мере снижены.

Неспособность адаптироваться к постоянно меняющимся социально-экономическим условиям, особенно при нестабильной экономической ситуации, и самостоятельно справляться с повседневными заботами приводит к зависимости от других членов общества, что вызывает у многих старых

людей чувство неполноценности, бессилия, бесперспективности и снижает самооценку. С другой стороны, пожилые люди склонны искренне завышать свои положительные качества [3]. Последнее явление основывается на компенсаторных психологических защитных механизмах и связано со снижением критики к своему состоянию. Кроме того, самооценка вновь, как в подростковом возрасте, становится нестабильной. Главное, от чего она зависит в старости, — это, во-первых, от удовлетворенности социальными контактами, во-вторых, от занятости и нужности, в-третьих, от материального благополучия и лишь в последнюю очередь — от здоровья. Чем больше расхождение между нереализованными возможностями и реальным положением дел, тем глубже неудовлетворенность жизнью и снижение самооценки. Метод работы с биографией позволяет значительно уменьшить этот разрыв и улучшить самооценку.

Изменение потребностей в старости приводит к их следующей иерархии: ведущими становятся потребности избежания страдания, сохранения постоянства в привязанностях к людям, обстановке. Далее по иерархической лестнице следуют потребности в автономии, защите собственной независимости, власти. Менее значимы потребности в эротике, заботе о других (женский вариант), творчестве.

Творческая активность в преклонном возрасте изменяется неоднозначно. У людей неинтеллектуальных, консервативных, ранее не склонных к творчеству, наблюдается компенсаторное сужение круга интересов. Это приспособительное явление направлено на сбережение наиболее важных жизненных функций организма, на самосохранение. Геронтологические исследования показывают, что творческие способности в старости не всегда ухудшаются. У многих креативных, творческих пожилых людей понимание проблемных ситуаций, творческое восприятие и образное мышление даже становятся лучше. В процессе социальной работы с пожилыми им рекомендуется записывать свои воспоминания на аудио- или видеокассеты, оформлять в виде журналов, рассказов, романов, пьес, стихов, а также выражать посредством изобразительного искусства и музыки. Немецкие специалисты отмечают, что такого рода творчество оказывает на человека сильное терапевтическое воздействие. Известно, что занятие творчеством замедляет ухудшение состояния людей, страдающих ментальными нарушениями.

Хотя творческий потенциал с годами и снижается, но активность таких людей всегда выходит за пределы круга семьи и профессии и практически никогда не успевает наступить «смерть, как конец всех отношений». Интересы творческой личности, толерантной к старению, находятся, как правило, вне семейных взаимосвязей: это профессия, политика, любые коммуникативные формы деятельности. При этом важное значение приобретают специальные мероприятия, направленные на мобилизацию и увеличение сохранившихся возможностей. Роль общества в этих ситуациях сводится

также к организации различных форм медико-социальной помощи пожилым с учетом их состояния и реальных перспектив. В настоящее время основой для большинства социальных программ и проектов развитых стран служит *теория активности*. Она основывалась на исследованиях, проведенных в Голландии, Италии, Германии и США. Согласно этой теории, пожилые люди должны как можно дольше сохранять активность, творчески восполняя свою традиционную деятельность новыми видами и формами.

Отношение к труду при благоприятном старении может изменяться или не изменяться. Решение прекратить или продолжить работу зависит не только от материальной заинтересованности, но и от влияния комплекса факторов: здоровья, условий труда и быта и пр. Считается общепризнанным, что посильный труд, приносящий радость в пожилом возрасте, является одним из факторов долголетия. Речь ни в коем случае не идет об изнуряющей работе, направленной на обеспечение собственного выживания, в такой ситуации труд — разрушительный, патогенный фактор, способствующий быстрому изнашиванию организма. Выход на пенсию считается одним из ключевых событий старости, даже если эта ситуация воспринимается как положительная, как наступление долгожданной свободы. Однако даже выход на пенсию не есть переход к ничегонеделанию. Неготовность многих (особенно мужчин) к пенсии наблюдается очень часто. Стратегия трудовой реабилитации ориентирована на труд, приносящий радость. Именно он является фактором долголетия. Кто не работает, выглядит на 5 лет старше своей возрастной группы. Некоторые виды трудовой деятельности позволяют повлиять на временную перспективу старого человека: замечено, что лесники, дирижеры, священники, художники и философы живут дольше. Деструктивным моментом выхода на пенсию считается и наступление разобщенности во многих социальных (профессиональных) связях. Это способствует сосредоточению своих интересов на своем здоровье, внутреннем мире, спаде коммуникабельности и, в конечном счете, сужению психических функций. Генеральным направлением собственных действий при благоприятной старости является оптимальное сохранение трудовой деятельности, причем надо не только подольше сохранить уменьшающиеся трудовые ресурсы, но и попробовать восстановить то, что потеряно. При видах свободно выбранной деятельности, сопровождающейся физической активностью, пожилые люди отмечают «чувство мышечной радости», а не усталость. Помимо закаливания, подобный феномен способствует выработке серотонина, влияющего на настроение.

Следует отметить также воздействие такого социального фактора, как наличие перспективного плана жизни. Известно, что не только сама положительно воспринимаемая занятость является фактором долголетия, но и ее распланированность, режим. Последнее является профилактикой чувства неопределенности, особенно разрушительного, если период собственной

старости совпадает с эпохой перемен. Наконец, посильный труд, приносящий радость, предполагает активную жизненную позицию пожилого человека, самостоятельный выбор способов собственной работы. Это помогает планированию, а любая целеполагающая деятельность выполняет профилактические функции по отношению к преждевременному старению. Пассивная жизненная позиция, напротив, нередко приводит к формированию «синдрома госпитализма», рентных установок, зависимости от окружающих. Следует отметить также, что лекарственная терапия предполагает пассивную роль пожилого человека, которая многими вообще сводится только к потреблению таблеток. В случае фармакотерапии активной и отвечающей стороной является медицинская служба при минимальной вовлеченности пациента в процесс принятия решения. Больной действительно становится пассивным потребителем лекарств и медицинских услуг. Напротив, медико-психологическая помощь в выборе посильного труда предполагает активную жизненную позицию пожилого человека с самостоятельным участием в планировании, ответственностью, личным выбором деятельности и режима работы. Такая позитивная активность в пожилом возрасте является общепризнанным фактором долголетия.

Основными принципами концепции посильной трудовой деятельности в пожилом возрасте являются:

- соответствие желаний и возможностей пожилого человека имеющимся вариантам работы;
- свободный выбор труда, приносящего радость, с использованием сохранного потенциала здоровья и личности человека (а не тренировка поврежденных систем с помощью трудовых навыков);
- разработка индивидуального режима занятости, возможность маневра в выборе занятости одним и тем же пожилым человеком в разное время.

Если фармакологическое лечение предполагает курсовую терапию, то терапия занятостью не предполагает «окончания курса лечения», поскольку ощущение нужности, востребованности способствует сохранению у человека хорошего настроения, а труд приносит радость и наполняет жизнь смыслом. Таким образом, терапия занятостью — это еще и метод обучения пожилого пациента, доступный и простой способ профилактики депрессии от бессмысленности существования. Сохранение посильной, самостоятельно выбранной трудовой деятельности часто помогает решить еще одну проблему благоприятного старения: цели жизни. Живущий осознанно реже, чем пассивный, заболевает депрессией, которой страдает более 30% старых людей. Диагностическая стигма такого состояния — отсутствие планов, жизнь сегодняшним днем. Виктор Франкл сказал, что половина взрослого населе-

ния страдает от бессмысленности своего существования, но если в молодости можно загрузить себя делами и различными суррогатными взаимоотношениями, с годами это становится труднее, так как иссякают ресурсы. Вспомним Ницше, сказавшего: «У кого есть зачем, найдет и выдержит любое как». Посильный, самостоятельно выбранный труд, приносящий радость, воздействует на такие психологические мишени, как чувство нужности, востребованности, наполненности жизни смыслом. Разумеется, здесь наиболее выигрышными в плане реабилитации являются творческие работы, приносящие, кроме материального удовлетворения, конкретный результат (польза обществу, необходимость кому-то лично). Но если цели нет, целью становится средство. Как только деньги становятся не средством, а целью, появляется очень неприятное ощущение, что денег становится мало, появляется страх перед будущим и трудовая реабилитация для пожилого человека теряет свой смысл. Работа превращается в изнуряющий молох.

С Золотого берега во Флориде в геронтологическую литературу вошло понятие «золотого возраста». Именно там традиционно располагаются заведения, где проводят свою старость престарелые американцы. Дома их проживания имеют множество отличий от традиционных психоневрологических интернатов. Во Флориде американцам «золотого возраста» предлагают не только медицинскую помощь и социальную защиту, но и массу оздоровительных процедур, диеты, массажи, физиотерапию, косметический уход; имеются и культурно-развлекательные программы и др. Однако главное отличие состоит в хорошо организованной службе терапии занятостью. Терапевт участвует в каждом отдельном случае и подбирает пациенту индивидуальный труд, приносящий радость. Он действует не в направлении компенсации дефекта (например, традиционно практикуемый мелкий ручной труд для реабилитации постинсультного больного), а в противоположном направлении — там, где дефекта нет. Поэтому нет и панических реакций («У меня не получится!»), а есть успех и гордость своими достижениями. Например, если у человека из-за больных суставов нет возможности или желания работать в огороде, он может читать книги слабовидящим больным. Однако для этого терапевт должен иметь огромный репертуар занятости — список возможных работ — и, соответственно, рабочих мест — от труда в своей палате до ухода за приусадебным участком.

Таковы изменения психических функций, характерные для благоприятного, до-болезненного старения. Даже при благоприятном старении нейрокогнитивная дефицитарность проявляется в том, что на этапе вхождения в старость теряются обучаемость, ухудшается пространственное мышление, наблюдается некоторая одноканальность восприятия, однако процессы могут не осознаваться и компенсироваться контролем за деятельностью. Затем уходит целостность, стратегичность деятельности, синтетическое воспри-

ятие заменяется пошаговым анализом текущего момента. На этом этапе принципиально, какая стратегия в старости дальше будет у индивида. Пожилые люди с благоприятным старением используют стратегию преодоления, с неблагоприятным — поиск социальной защиты. Прежде чем говорить о психологических особенностях пожилого возраста, следует обрисовать основной круг психосоциальных проблем, наиболее часто встречающихся в данной возрастной группе. От решения этих проблем зачастую зависит, приведут ли их последствия к заболеванию или продолжится благоприятное течение процессов старения.

Основные психосоциальные проблемы лиц пожилого возраста

Кризис позднего возраста

Среди кризисов взрослых людей кризис позднего возраста (60–65 лет) занимает особое место. Как и в других кризисах, человек решает, соответствует ли его реальное Я идеальному, происходит переоценка ценностей. Однако самый драматический момент последнего кризиса в том, что уже ничего нельзя изменить в прожитом, а жизненная перспектива кажется очень короткой. Человек задумывается не только о событиях, а о смысле прожитых лет. Согласно Э. Эриксону, личность находится в континууме между цельностью (если отдельные этапы ее жизни гармонично вытекают один из другого и есть хороший итоговый результат) и отчаянием (если жизнь кажется человеку прожитой зря, состоящей из отдельных периодов и случайных событий).

Болезни этого периода возникают из-за непонимания этих вещей. Если человек форсирует события, стремится любой ценой отсрочить приближение старости, взваливает на себя неадекватный груз проблем или изнуряет себя темпом жизни, организм реагирует на это гипертонической болезнью или инфарктом. Если урок первого инфаркта не усвоен, и человек продолжает жить той же жизнью, за первым инфарктом следует второй и т. д.

Поиск смысла жизни, вывод, что она прожита не так, придают этому кризису порой трагическую окраску. Хотя тело и стареет, но одновременно этот период — самый благоприятный для духовного роста. При благоприятном течении кризиса также происходит переоценка ценностей и формируется внутреннее убеждение, что дальнейшая жизнь потечет уже по другим законам. 63–65 лет — это возраст учителя. В его итоге происходит переход от радости обладания и достижения к радостям созерцания, удержания. Материалистически настроенный ранее человек вдруг обращается к Богу; свекровь-трудоголик становится любящей бабушкой; озабоченный только своим здоровьем эгоист начинает писать талантливые мемуары для внуков;

крепко державшийся раньше за свой пост директор вдруг уходит в наставничество и т. д. Есть множество способов помочь человеку преодолеть кризис, один из лучших способов — это метод работы с биографией.

Проблемы утраты в позднем возрасте

Проблемы утраты в позднем возрасте касаются переживания не только смерти близких, но и потери физической активности, зрения, слуха, социальных ролей, материального благополучия. Реакция на утрату у самой здоровой гармоничной личности — это депрессия. Чем сильнее, внезапнее потеря, тем менее готов к ней пожилой человек. При этом для соматических последствий имеет большее значение сам факт потери, а не столько предмет утраты: здоровье, которое потеряно; любовь, которая ушла; дом, который сгорел; деньги, которые украдены. Разумеется, самым сильным ударом в этом списке потерь будет смерть близкого. Это шоковая психотравма для любого здорового человека.

К сожалению, врача призывают на помощь очень часто лишь тогда, когда разворачиваются неприятности со здоровьем, а это далеко не первая стадия синдрома утраты. Рассмотрим стадийность этого нелегкого, но так часто встречающегося в общей врачебной практике синдрома и определим, что можно и нужно сделать во имя здоровья на его разных стадиях.

К. Паркс (C. Parkes) придает большое значение предшествующим факторам, влияющим на реакцию утраты. Речь идет о кризисной жизненной ситуации в момент утраты, о силе привязанности, о религиозности, о склонности к подавлению эмоций, о социальной поддержке, об опыте предыдущих потерь (прежде всего о собственном анамнезе: о встрече со смертью близких в возрасте 8–10 лет). В этом возрасте ребенок впервые осознает возможность смерти не для кого-нибудь, а для себя. Если ситуация в семье замалчивается, а горе переживается ребенком в одиночку, уже во взрослой жизни у многих остается необоснованный страх умереть в объективно не смертельных ситуациях [4]. Внезапная утрата — это вариант настоящего посттравматического расстройства. И эта ситуация не только житейская, но подчас уже и медицинская. А. Рамсэй и Н. де Грут описывают следующие стадии переживания потери, формирования способности жить с утратой:

- потрясение, шок: весь мир рухнул, оцепенение, отказ верить (1–2 дня);
- взрыв эмоций: слезы, ярость, опустошение, глубокая печаль (1–2 дня);
- физические последствия горя: нарушается сон от постоянной сомноленции до полной бессонницы, изменяется пищевое поведение: в легких случаях — увеличивается аппетит и объем съедаемой пищи, особенно сладкой; в тяжелых — наступает снижение аппетита вплоть до анорексии, появляются разнообразные неприятные ощущения в теле,

часто в местах имеющейся ранее патологии, но не доходящие до степени болезни (до 30–40 дней);

- депрессия, периодические «волны боли» и паника («Пройдет ли это вообще когда-нибудь?»), тревога за будущее, страх сойти с ума и наибольшая вероятность суицида;
- чувство собственной вины перед покойным (труд на могиле);
- гнев, негативное отношение к умершему (может быть неосознанным), собственной семье, друзьям, медработникам;
- идеализация прекрасного прошлого;
- осознание неизбежности происходящего и новые модели жизни с утратой.

Формула психологической поддержки — это работа горя, а затем формирование новых моделей жизни с утратой. Этот процесс в жизни часто происходит сам собой, но требует много времени, сил и здоровья, так как не всегда идет в правильном направлении. К сожалению, у многих старых людей, имеющих многолетнее психосоматическое расстройство, его причиной является то, что психотерапевтическим сленгом именуется, как «непохороненный покойник». При понимании легитимности любых проявлений сильных эмоций должно настораживать сужение сознания, ощущение «зова», другие нарушения сознания или критики. Суицидные идеи — это показание к немедленной госпитализации человека в кризисный стационар без его согласия.

Максимальная эмпатия, сочувствие и поддержка включают работу с чувством вины и обиды. Обязательно следует мобилизовать все ресурсы и группы поддержки больного, поскольку часто вся наша помощь — это многократное выслушивание пожилого человека, перенесшего утрату. Большое количество людей не хотят или не могут оформить словами свои эмоции. Если ситуацию, завершившуюся утратой, трудно рассказать, то можно ее описать, нарисовать, выразить в музыке или искусстве. Этому помогут тематические книги, музыка, природа, продолжение дела ушедшего человека.

Массовая культура скорее способствует защитному отношению к смерти, настраивая не говорить об этом, вытеснить страх, отвлекать от горя. Этот разговор, так необходимый пожилому человеку с утратой, собеседнику, оказывающему психологическую поддержку, приходится поддерживать (но не вызывать!) в зависимости от своего духовного потенциала.

Но одни пожилые люди загоняют горе вглубь в силу воспитания, привычки стойко подавлять чувства, снижения интеллекта, алекситимии. Другим не с кем поделиться, некому пожаловаться. В итоге к депрессии добавляются другие отрицательные эмоции. Эти состояния напряженности, тоски и безнадежности многие заглушают алкоголем, отягощая проблему.

Главный исследователь переживания острого горя — Эрих Линдеманн [5] писал: «Острое горе — это определенный синдром с психологической и телесной симптоматикой. Этот синдром может возникать сразу же после утраты. Вместо типичного синдрома могут наблюдаться искаженные картины. Эти искаженные картины соответствующими методами могут и должны быть трансформированы в нормальную реакцию горя, сопровождающуюся разрешением».

Симптомы нормального горя

Картина острого горя очень похожа у разных людей. Общим для всех является следующий синдром: периодические приступы физического страдания, длящиеся от двадцати минут до одного часа, спазмы в горле, припадки удушья с учащенным дыханием, постоянная потребность вздохнуть, чувство пустоты в животе, потеря мышечной силы и интенсивное субъективное страдание, описываемое как напряжение или душевная боль. Больные вскоре замечают, что очередной приступ наступает раньше обычного, если кто-нибудь выражает сочувствие, поэтому они отказываются от контактов, которые могут ускорить очередной приступ, и стараются избежать любых напоминаний об умершем.

Наиболее выраженные черты:

- постоянные вздохи; это нарушение дыхания особенно заметно, когда больной говорит о своем горе;
- жалобы на потерю силы и истощение: повседневные дела выполняются не автоматически, а с усилием;
- отсутствие аппетита;
- некоторые изменения сознания. Общим является легкое чувство нереальности, ощущение увеличения эмоциональной дистанции, отделяющей пациента от других людей, и сильная поглощенность образом умершего;
- чувство вины. Человек, которого постигла утрата, пытается отыскать в событиях доказательства того, что он не сделал того, что мог. Он обвиняет себя в невнимательности и преувеличивает значение своих малейших оплошностей;
- отсутствие интереса.

Ход нормальных реакций горя

Продолжительность реакции горя определяется тем, насколько успешно человек осуществляет работу горя и формирует новые отношения. Одно из самых больших препятствий в этой работе состоит в том, что многие пытают-

ся избежать сильного страдания, связанного с переживанием горя, и уклониться от выражения эмоций, необходимого для этого переживания.

Болезненные реакции горя

Именно их часто видно в генезе психосоматических заболеваний, когда приступы стенокардии или гипертонические кризы (а не слезы) начинаются после похорон. Это можно и нужно перевести в нормальные реакции горевания. Люди должны принять необходимость переживания горя, но они отчаянно сопротивляются, мотивируя это боязнью расстроиться, здоровьем и т. д. В случаях болезненных реакций горя психологическая поддержка должна учитывать медицинский процесс. Подстраховав фармакологически и соматические, и эмоциональные расстройства, все-таки необходимо провести работу горя. И только тогда, отгоревав и оплакав потерю, пожилой человек будет способен смириться с болью утраты. Когда люди отдаются воспоминаниям, позволяют себе чувствовать боль, переживать, гневаться, плакать — вскоре наблюдается быстрый спад напряжения.

Отсроченные реакции

Если тяжелая утрата застает человека во время решения каких-то важных проблем, если это необходимо для моральной поддержки других, он может почти или совсем не обнаружить своего горя. Иногда эта отсрочка может длиться годы.

Люди, спрятавшие горе вглубь, могут долго ощущать физические последствия горя, дискомфортные жалобы, не доходящие до степени диагноза. С течением времени именно у пациентов с алекситимией (невозможностью оформить словами свои переживания) можно обнаружить психосоматические трансформации в виде реальных заболеваний.

Искаженные реакции

Люди с неуместной щедростью раздаривают свое имущество, легко пускаются в необдуманные финансовые авантюры, оказываются в результате без семьи, друзей, социального статуса или денег. Это не что иное, как растянутое самонаказание.

Враждебность против определенных лиц; часто она направляется на медицинских работников, которые ожесточенно обвиняются в пренебрежительном отношении к своим обязанностям.

Депрессии с напряжением, возбуждением, бессонницей, жесткими самообвинениями и явной потребностью в наказании вплоть до попытки самоубийства.

Самая большая проблема при синдроме утраты — возникновение депрессии. Однако она не возникает у многих истинно горюющих людей. Считается, что по прошествии 30–40 дней после утраты печаль становится меньше, а в течение года затихает, отдавая последнюю дань всплеском боли в годовщину потери.

В отличие от перечисленных критериев, которыми пользуется население, у врачей для достоверного диагноза депрессии на любом сроке утраты необходимо наличие двух из трех основных симптомов: сниженное настроение; утрата интересов и способности получать удовольствие от того, что радовало раньше; повышенная утомляемость. Кроме того, необходимы минимум два дополнительных признака из перечисленных ниже: снижение способности к сосредоточению и вниманию; снижение самооценки, уверенности в себе; идеи виновности и уничижения; мрачное, пессимистическое видение будущего; самоповреждающие действия или идеи; нарушения сна; снижение аппетита.

Если снижение настроения не достигло критериев депрессии, не имело места раньше в анамнезе пожилого пациента, можно попробовать обойтись рекомендациями по работе горя. Работа горя — это длинный эмоциональный, иногда многократный рассказ об утрате. На ее фоне можно усилить себя с помощью рациональной физической нагрузки, пищевых рекомендаций, касающихся выработки биологически активных веществ, участвующих в синтезе медиаторов депрессии (чернослив, бананы, творог, орехи, бобовые, отруби). Многие врачи и пережившие утрату пациенты знают о гомеопатическом «похоронном» средстве игнация-30, употребляемом по 6 крупинок 1 раз в день от недели до месяца.

Но если клинические проявления уже соответствуют критериям депрессии, следует воспользоваться консультацией специалиста-психотерапевта. Она важна для определения места лечения (амбулаторного или стационарного), принципов психологической поддержки, психофармакотерапии.

Говоря о психофармакологической подстраховке работы горя, следует отметить, что отнюдь не все антидепрессанты или седативные препараты годятся для этого. Антидепрессанты нельзя применять «на всякий случай», не соблюдая режима назначений, особенно это касается современных препаратов — ингибиторов обратного захвата серотонина, норадреналина. Нерациональное использование антидепрессантов приводит к последующей фармакологической резистентности; кроме того, их применение у лиц, не имеющих синдрома-мишени депрессии, реализует весь спектр побочных действий, но никак не эффект. Бензодиазепиновые транквилизаторы (наиболее часто используемые населением) коварны тем, что в отсутствии соблюдения режима адекватной дозировки приводят сначала к толерантности, а затем к зависимости. Еще бесперспективнее изолированное применение снотворных средств. Бессонница — синдром, и в зависимости от его нозологической принадлежности помогут противотревожные, ноотропные, антидепрессив-

ные или другие необходимые при конкретном диагнозе средства. Работа горя — это достаточно тяжелый труд для пациента, и он должен быть выполнен честно. По нашему опыту, стоит начинать ее на 3–4-й неделе приема антидепрессанта (если человек имеет депрессию) или на 2–3-й неделе приема игнации-30 (если переживания не достигают критериев депрессии). В последнем случае для психофармакологического сопровождения возможно применение еще одной группы безрецептурных лекарств: ноотропных препаратов с седативным действием (фенибут, глицин).

В геронтологической психологии известен феномен чрезмерной нагрузки от тяжести утраты, он наиболее часто встречается при внезапной, неожиданной утрате, особенно при потере близких. Речь идет о потере родителей, супругов или детей.

Пожилой человек теряет своего пожилого родителя. Ситуация горя смягчена ожиданием потери, однако она болезненна из-за резкого ощущения собственной смертности. Кроме того, уже не умерший родитель, а сам человек теперь — глава, старший в семье.

Вдовство

Это самая тяжелая утрата в старости, даже когда она ожидаемая. Близость, взаимопомощь в длительной совместной повседневной жизни — едва ли не важнейший ресурс в старости. Его потеря меняет весь стереотип жизни, увеличивает нагрузки, появляются страхи перед будущим. Скорбящий теряет не только «чувство локтя», но и часть себя. Это время (первый год, особенно полгода, после потери) очень опасно в плане возникновения различных заболеваний. Речь идет о психосоматических болезнях, как правило, уже имевшихся у скорбящего. Кроме того, переживания печали, вины, отчаяния, одиночества, страхов, беспомощности увеличивают риск развития патологических реакций горя, прежде всего депрессии.

Потеря детей или внуков для пожилого человека зависит от степени близости, влияний как эмоционального, так и материального. При большой близости потеря продолжателей рода означает лишение права жить дальше. Хотя логическому объяснению такое иррациональное мнение не поддается, оно всегда присутствует в сознании скорбящего [1]. Вследствие этого пожилой человек ощущает гнев на несправедливость ситуации, чувствует себя обманутым временем.

Факторы, влияющие на переживание горя, могут быть отнесены к следующим группам:

- особенности смерти: неожиданность, необходимость скрывать свои чувства;
- личные качества: религиозность, склонность к подавлению эмоций, алекситимия, собственные болезни;

- социальные факторы: социальный статус, культуральные и семейные традиции, социальная изоляция, группы поддержки, доступность медико-психологической помощи, наличие перспектив и возможностей в собственной жизни.

Эти и многие другие факторы определяют, справится ли пожилой человек с утратой сам, проделает нормальную работу горя или это будут патологические реакции горевания, при которых необходима помощь не только групп поддержки, но и психотерапевта. В основном при нормальных реакциях горя их острота ослабевает сначала на сроках 1–2 месяца, а затем через год. При патологических реакциях неотреагированное горе может проявлять себя всю жизнь в виде психоэмоциональных расстройств и психосоматических болезней. Тогда на любом этапе необходимо помочь человеку проделать работу горя.

Работа по преодолению реакций горя это длинные эмоциональные разговоры об утрате. В пожилом возрасте, разумеется, эти беседы должны проводиться под контролем соматического статуса скорбящего (артериальное давление, пульс, симптомы болезней с соответствующей фармакологической коррекцией). Э. Линдеманн говорил о том, что главное препятствие в работе горя состоит в том, что человек думает, что должен сделать все возможное, чтобы избежать глубокой скорби. Он дает себя отвлечь, сдерживает эмоции, тем самым «загоняя горе вглубь». Это создает препятствия на пути преодоления горя, негативно влияет на процессы реабилитации. Если к этому добавить враждебность скорбящего, его противодействие попыткам окружающих «влезть в душу», то понятно, как легко формируются в таких случаях отсроченные реакции и психосоматические болезни. При работе горя никогда не произойдет возврата к исходному состоянию, это всегда будет совершенно иной уровень адаптации.

Во многих конфессиях предусмотрены религиозные и культуральные ритуалы прощания, горевания, утешения, скорби. Психологической поддержки обычно бывает достаточно для выполнения работы горя у гармоничного здорового человека. Однако, чем старше человек, тем больше у него болезней: с годами слабеет здоровье телесное, но со здоровьем душевным не все так однозначно. Для того чтобы пережить боль, нужно мужество. Оно необходимо для того, чтобы встретиться лицом к лицу с понятием «никогда», чтобы изведать собственные сильные чувства: отчаяния, тоски, боли, смятения. Общество отвергает переживания горя, слезы воспринимаются, как симптом слабости, а не как признак исцеления. Так, общепринятые неправильные представления о горе мешают его преодолению. Одним из методов работы горя является групповая работа. Терапевтическая группа лиц, перенесших утрату, представляет собой безопасное убежище сопереживающих людей. Это предоставляет возможность выразить и оплакать свою потерю

без осуждения, но с сочувствием со стороны окружающих. Программа работы горя в группе, так же как и в индивидуальном случае, направлена на внушения надежды, что со временем эта душевная боль пройдет, на принятие собственной боли как данности, катарсис, отреагирование сильных эмоций. Но только в групповой работе происходит уменьшение социальной изоляции, обмен опытом преодоления горя, возможность помощи другим скорбящим [6].

Проблемы смерти и умирания в пожилом возрасте

Терминальная (последняя) болезнь предполагает несколько психологически отличающихся стадий, на каждой из которых окружающие должны особым образом вести себя с умирающим.

1. Шоковый диагноз: у пациента возможен возврат к детским формам поведения. Необходима возможность эксплорации своих чувств.
2. Отрицание. Следует согласиться, никогда не убеждать больного, что медицина не ошиблась.
3. Протест («Почему это у меня?»), поиски виновных и обстоятельств в судьбе, легитимность выплеска агрессии вовне (аутоагрессия хуже, это — реальная опасность суицидной попытки). Поддержка, рассказы о спонтанных выздоровлениях.
4. Переговоры о продлении жизни, просьба об отсрочке. В данном случае целесообразны усилия больного, направленные на лечебный процесс, на сохранение качества жизни. Если официальная медицина признала себя бессильной, возможно применение методов комплиментарной медицины.
5. Депрессия. Терапия присутствием, «я вас не оставлю», сочувствие важнее антидепрессантов. Сказки, где акцент с внешнего мира перенесен на внутренний.
6. Принятие. Акцент на сиюминутную жизнь, эстетику; все беседы о духовном мире, в зависимости от религиозности и потенциала личности. У неверующих больных на данном этапе целесообразно применить метод работы с биографией.

Смерть — достаточно интимное событие; если человек умирает в больнице, то желательно соблюдение принципов паллиативной медицины, направленной не столько на продление жизни, сколько на сохранение ее качества:

- психотерапевтическая среда вокруг умирающего (согласно его вкусам);
- помощь в решении социальных проблем: финансы, похороны, последнее желание;

- использование всех ресурсов больного (известных из биографии);
- симптоматическая терапия, но лечение не должно быть тяжелее самого заболевания;
- командный подход. Синдром выгорания характерен для ухаживающего за больным медицинского персонала и для родственников;
- если персонал медицинского учреждения уже имеет соответствующую подготовку, то близкие умирающего находятся под влиянием эмоций. Существуют проблемы родственников: их обучение и поддержка на разных фазах их отношения к происходящему: отрицания, гиперопеки, истощения, отчуждения, второе дыхание и партнерство перед близостью конца;
- духовно-эстетическая поддержка умирающего.

Для формирования активной позиции у пациента могут быть полезны следующие направления психологической поддержки, изложенные в «8 заповедях в критический момент»:

- никогда не смиряться;
- принять ответственность на себя;
- активно искать помощи. Искать союзников среди врачей, не лечиться у пессимистов;
- искать людей, которые исцелились;
- без колебания решаться на перемены в жизни: диеты, привычек, отношений. Болезнь возникает, когда что-то в жизни зашло в тупик;
- относиться к болезни, как к уроку: «Научились ли вы радоваться препятствиям» — это первый шаг для формирования стратегий совладания с болезнью;
- принять себя, какой есть без обвинений;
- терпение и последовательность. Не метаться: альтернативные методы (фитотерапия, гомеопатия, психотерапия) — это не излечение за 5 минут. Месяц-два нужны обычно для принятия решения об отказе от них.

Медработникам, родственникам, даже психологам, трудно общаться с пациентом, страдающим терминальной болезнью. Трудно говорить о диагнозе, об ухудшении здоровья. По-человечески понятно, почему врачи откладывают эти сообщения до последнего момента, стараются не оставаться с пациентом наедине, игнорируют его намеки — никто не любит сообщать плохие новости. Почему мы, по образному выражению наших западных коллег, ведем себя как рабочие кладбища — скорбно, мрачно, отстраненно? Мы слишком профессиональны — термины, назначения, все, кроме эмоционального отве-

та. Чего мы боимся? Мы боимся, что нас обвинят, боимся реакции больного, того, что мы не сможем ответить на все его вопросы, боимся, наконец, сами проявить свои эмоции и расстроиться. На Западе давно считают, что честность — лучшая стратегия. У нас единого взгляда до сих пор нет. И в тактике врачей, и в справках можно найти противоположные варианты. Думается, задача врача — выяснить ту дозу правды, которую пациент хочет получить. И доза эта исходит категорически от больного. Как врачу получить представление об этой дозе? Один из путей — «расскажите мне о своей жизни». Естественно, без умения разговорить пациента нечего и думать о том, чтобы сообщить ему плохие новости. Эмоциональность врача здесь только полезна. Говорить о плохом лучше не наедине, а в присутствии нескольких людей, причем лучше, если скажет самый близкий больному человек. Высший пилотаж психотерапевтического общения — сообщить, минуя слова. Пациенту страшно оказаться перед лицом смерти в одиночестве, поэтому чем больше людей будет вовлечено (родственников, медиков), тем лучше. Никогда не стоит прогнозировать, сколько осталось жить: это отнимает надежду и у больного, и у врача.

Если неприятность не шокового характера, вспомним, что беседа наша с больным длинная, лучше всего усваивается ее конец, похуже — начало, и совсем плохо — середина. Вот и подумаем, куда поставить неприятное сообщение, чтобы оно не вызвало падения настроения, а вело к конструктивным действиям.

Есть определенные принципы психотерапевтической беседы с больным терминальной болезнью:

- представлять, что вас ждет;
- поза активного слушания, прикосновения;
- меньше профессиональных терминов, больше эмпатии, сочувствия, может быть даже прикосновений. Легитимность чувств, желаний;
- помнить о возврате к детским формам поведения. Самое большее, что можно дать больному, это наше время и общение;
- настроить родственников на терапию присутствием, а не «делать что-то»;
- не лгать больному, но и не разыгрывать оптимизм;
- инициатива в поиске информации исходит от больного («Почему вы это спрашиваете?», «Что вы сами думаете по этому поводу?»);
- доза правды исходит от больного;
- трансситуативная коммуникация: без слов;
- сообщение информации при поддержке близких людей;
- в конце беседы оценить, что больной вынес и понял.

Смерть от терминальной болезни, происходящая в больнице, имеет свои недостатки и преимущества. Однако многие умирающие люди решают провести последние дни дома. Тогда в центре внимания оказываются следующие проблемы:

- Медицинские: коррекция болевого синдрома, интоксикации, расстройств систем и органов, нарушений сна и психики, уход за кожей [7].
- Личностные: необходимо продолжать относиться к пациенту, как к личности, поддерживать его достоинство, помогать сохранять самостоятельность. Вместе с тем, человек имеет право на уединение, размышление или молитву, на пребывание наедине с кем-либо.
- Духовно-культуральные: приглашать или не приглашать священнослужителя, совершение определенных национальных ритуалов, следование семейным традициям.
- Коммуникационные: говорить о том, что хочет больной. Уважать его право на молчание. Однако не оставлять одного в одиночестве надолго.
- Психологическая поддержка и обучение родственников, особенно того, кто максимально ухаживает за умирающим. Научить родственников с пониманием относиться к проявлению чувств умирающего (гневу, депрессии), убрать «заговор молчания» вокруг больного, открыто обсуждать его и свои чувства, доказать легитимность отдыха. Обучить стратегиям совладания со стрессовой ситуацией. Речь идет о совладании, сфокусированном на решении проблемы (вовлечение в ситуацию максимального числа ресурсов, помощников и пр.); когнитивном совладании (ситуация — учебный опыт, закалка характера, тренировка воли и терпения и пр.); эмоционально-сфокусированном совладании (управлении собственными симптомами стресса: бессонницей, тревогой и пр.) [1].

Проблемы вины и обиды в пожилом возрасте

Чувства вины и обиды разрушительны в любом возрасте. Однако когда впереди длинная жизненная перспектива и «...все еще живы», психотерапевтическая коррекция происходит легче, чем в старости, когда «...иных уж нет, а те далече». Снижение уровня жизни в старости очень способствует возникновению данных чувств. Пусковыми моментами многих проявлений старости (от старческого брюзжания до настоящей депрессии, от ощущения «в голову ударило» до гипертонического криза) являются вина, обида. Облегчение приходит, когда удается не только подобрать адекватную терапию, но также и простить себя или обидчика.

Стадии прощения по А. В. Гнездилову [7]:

- переживание своей боли;
- ненависть к обидчику;
- попытка встать на место обидчика, узнать обстоятельства его жизни, почему он это сделал, нарочно ли, пережить его чувства;
- принять собственную боль уже без проекции на обидчика;
- примириться с ситуацией;
- приобрести умение помочь другим прощать и поддержать их в аналогичной ситуации;
- осознать свой шаг по направлению к умению смиряться;
- повышение своей духовности и самооценки.

Проблемы плохого обращения со старым человеком

Выделяют несколько видов насилия [8]:

- физическое насилие включает в себя причинение физической боли, а также различные формы запретов и ограничений;
- сексуальное насилие: любые домогательства, очень часто это бывает в ситуации «обмена ролями» с родственником, который сам ранее подвергался насилию со стороны нынешней жертвы;
- медицинское насилие: любые проявления халатности (несвоевременная выдача лекарств, отказ, передозировка и пр.);
- пренебрежение опекунами своими обязанностямий, снижение качества ухода и заботы. Пассивное пренебрежение — изоляция старика, забывание о его существовании;
- психо-эмоциональное насилие: брань, угрозы. Самое частое — скрытое негативное отношение к пожилому члену семьи;
- эксплуатация труда пожилого человека;
- экономическое насилие: присвоение опекунами материальных благ пожилого человека.

Любые факты насилия над пожилым человеком должны быть сразу доведены до медицинских, социальных и правовых органов. Однако именно гласность встречает большое сопротивление и страх со стороны жертв насилия. Поэтому так актуальны факторы риска, на которые приходится ориентироваться в подозрительных случаях: жестокость, как стандартная реакция членов семьи на стресс; психические расстройства и личностные особенности членов семьи; зависимость младшего поколения от своих престарелых родителей; социокультуральные изменения; социальная изоляция и как следствие, безнаказанность любого насилия [9].

Проблема противопоставления молодых и пожилых

Эта проблема достаточно часто лежит в основе проявления насилия к пожилым. С возрастом у человека формируется большое число негативных оценок позднего возраста, стойкое неприятие старости, за которым стоит неосознанный страх перед нею. Лишь 30% 25-летних людей дают позитивные оценки позднему возрасту. Еще худшие оценки пожилые люди дают молодежи. Лишь 15% пожилых людей считают, что молодежь наделена такими положительными качествами, как ответственность, дисциплинированность, трудолюбие, готовность перенимать опыт стариков. Общественное мнение, средства печати и массовая культура склоняются в большинстве к дискриминации по возрасту. Считалось, что на Востоке к пожилым относились традиционно с бóльшим уважением, однако в последние годы и там начинают рассматривать старшую возрастную группу, как бесполезное бремя для общества. На Западе, где внуки традиционно вырастают без бабушек, молодежь получает знания о пожилых из средств массовой информации. Поэтому в сознании фиксируется мнение о старческой придирчивости, сварливости, плохом характере. Причины этого феномена очевидны. Старые люди символизируют собой напоминание о смерти. Отвергать старение — значит, отвергать смерть [1].

Сексуальные проблемы

Сексуальные проблемы включают в себя следствия вдовства, климакса, импотенцию, позднюю любовь, проблемы повторных браков и, наконец, сексуальную расторможенность, связанную с наступающей старческой деменцией. О сексуальной сфере в старости не верно было бы сказать, что она прекращает свое функционирование. Несмотря на то, что счастливый брак является одним из общепризнанных факторов долголетия, следует отметить, что по статистике вслед за «семейными» долгожителями по сравнению со средними цифрами продолжительности жизни дольше живут семейные мужчины и одинокие женщины. Значительные изменения, которые сексуальная сфера претерпевает в старости, характеризуются следующим:

- меньше переживаний влюбленности;
- проблемы здоровья, страх умереть на пике удовольствия затмевают сексуальные желания, но как раз эта проблема решается грамотным режимом приема лекарств;
- меньше эротики: в старости общество ее осуждает, но физическую активность приветствует. Секс, сопровождающийся активизацией многих систем и органов, для человека, таким образом, является одним из факторов долголетия;

- сфера, замещающая традиционный секс: во многих странах для людей больных, старых или в силу других причин лишенных секса, используются различные мастурбационные техники. Викарный (заместительный) онанизм, по общепризнанному мнению, не является патологическим, но позволяет человеку хотя бы удовлетворить свои физиологические потребности;
- переоценка ценностей, прежних моделей секса: в молодости является традиционной модель под лозунгом «чем больше, тем лучше». Каждое половое общение должно заканчиваться оргазмом, чем чаще, тем лучше. Если в старости человек не изменит этот взгляд применительно к своим возрастным особенностям (ритма, темпа, форм полового общения и т. д.), он действительно рискует получить заболевание на пике сексуального удовольствия;
- равнозначность сексуальных удовольствий: «если сравнивать пожилую пару с осенью супружества, то можно вспомнить, что на закате солнечные лучи греют не так сильно, но более ласково» [10];
- приоритет интимности и душевности, дружеского общения, объятий, поцелуев и петтинга, а не оргазма;
- различная ценность секса для разных людей: у многих людей даже при благоприятном старении происходит то, о чем сказал И. Кант: «Слава Богу, я стал импотентом, наконец могу заняться любимой наукой!»

Зависимость от алкоголя, курения, приема пищи

Бытовое пьянство, курение, переедание резко ухудшают состояние соматического здоровья, способствуют психическим нарушениям. Перспективы патогенетической психотерапии различных зависимостей в пожилом возрасте ограничены, но фармакологическими средствами можно достичь достаточной редукции симптомов.

Психологическая коррекция в геронтологической практике

Еще З. Фрейд в 1942 г. сказал, что «у людей старше пятидесяти лет отсутствует пластичность духовных процессов, на которую рассчитывает психотерапия, поэтому старые люди больше не поддаются воспитанию, однако время обработки материала удлиняется до бесконечности». Действительно, если эффективность психоанализа в геронтологии не велика, то перспективы поведенческой, дискуссионной, гештальттерапии, обучения пациентов и других методов намного лучше [11]. Пожилые люди действительно плохо поддаются психотерапии в силу возрастной ригидности, ослабленной моти-

вации к изменениям, сужения жизненной перспективы. Поэтому особенно важно для успеха психологической коррекции создать психотерапевтический микроклимат, который будет способствовать эффективным лечению и профилактике.

Особенности общения врача с пожилым пациентом

Для формирования эффективных партнерских отношений врача и пожилого пациента необходимо соблюдать определенные правила. Эмпатия, интерес, доброжелательность, гибкость и терпение должны проявляться всегда. Техника активного слушания, умение молчать, поддакивать, перефразировать, резюмировать, не давая оценки — обязательное условие хорошего контакта. Имеются психологические штампы-фразы для усиления диалога:

- Вы сказали ... и я почувствовал ...
- Говорите, мне интересны вы и ваше мнение...
- Продолжайте, пожалуйста, это очень важно...
- А с этого момента, пожалуйста, поподробнее...
- Вы сказали, вы имели в виду...
- Могу себе представить, что вы тогда чувствовали...
- Сколько же вам пришлось пережить...
- Как вам достается...
- У вас вид усталого человека...
- Я вас правильно понял, было <...>?
- Итак, произошло <...> и ...?

Что может снизить эффективность беседы врача с пожилым человеком?

1. Представление «фасада» и способностей, которых нет: это блокирует способность слушать.
2. Ложный интерес (один из первых признаков синдрома «профессионального выгорания» врача).
3. Чрезмерное желание помочь, успокоить.
4. Любые более чем партнерские отношения между врачом и пожилым больным. «Там, где адекватные поставленной задаче психотерапевтические отношения переходят в нечто большее, там кончается лечебный процесс и возможны трагедии» [12].
5. Ложь.
6. Формальность.
7. Соперничество с врачом-коллегой: оно убивает творчество.
8. Врач «не в форме» (болен, расстроен и т. д.).

9. Непонимание врачом-интернистом своего уровня компетентности (например, при попытке развеселить депрессивного больного).

Из всего сказанного следует, что эффективные взаимоотношения врача и больного — не абстрактная категория, вопрос, который каждый медик решает для себя в меру своих способностей, а один из реальных факторов лечебного процесса.

Метод работы с биографией пациента

Одним из наиболее эффективных методов психотерапии для людей пожилого и старческого возраста является метод работы с биографией. Он особенно показан при страхе смерти, одиночества, для психологической поддержки пожилого человека, находящегося в кризисе, или при терминальной болезни.

Метод работы с биографией (анализ жизненного пути) позволяет определить эмоциональные, интеллектуальные и поведенческие характеристики пожилого человека: состояние психики, наличие ресурсов и перспектив внутреннего роста. Поэтому метод этот является не только диагностическим, но и поддерживающим, лечебным. Особенно это значимо при работе с пациентами в геронтологической практике.

Целью анализа жизненного пути является диагностика его заболеваний в причинно-следственных связях с событиями его биографии, а также поиска личностных ресурсов, эквивалентно-ценностных своим потерям и неудачам.

Арт-терапия в психологической поддержке пожилых пациентов

Книги, особенно стихи, песни, музыка могут вызвать у человека любое эмоциональное состояние.

Создаются специальные музыкальные каталоги произведений, позволяющих успокоить, активировать пожилого пациента или добиться у него другого необходимого эмоционального состояния [13]. Было замечено, что люди с акцентуированными чертами личности предпочитают определенную музыку. Например, люди тревожно-мнительного, психастенического склада восстанавливают душевное равновесие, слушая Вивальди, Чайковского, Сен-Санса. Циклоидным личностям, склонным к смене настроений, свойственна любовь к Моцарту, Россини, Штраусу, Кальману. Люди шизоидного склада хорошо реагируют на музыку Баха, Грига, Шостаковича. Властным, ригидным эпилептоидным личностям больше нравится Мусоргский, Бородин [12].

Музыкотерапия прекрасно сочетается с оздоровительными мероприятиями от лечебной физкультуры до танцев. Нам приходилось наблюдать по-

ложительное влияние на настроение «танца рук» у пациентки с постинсультным параличом ног, поскольку двигаться больше она уже не могла. Танцы, пение великолепно сочетаются с изучением национальных традиций. Очень большим тонизирующим эффектом обладает упражнение «дирижерская практика», когда пожилой человек, слушая любимое мажорное музыкальное произведение, дирижирует невидимым оркестром. Нужно отметить также большой активирующий эффект хорового пения, которое помимо этого является мощным фактором решения проблемы одиночества.

Эту проблему у пожилых людей прекрасно помогает разрешить прослушивание известных любимых произведений в обработке классической гитары Франсиса Гойи, записями которого пользуются многие психотерапевты. На бытовом уровне те же задачи с блеском решает радиопередача «Встреча с песней», после которой целесообразно использовать метод работы с биографией. Даже спустя много времени музыка, которая является «якорем» хорошего воспоминания, вновь поможет восстановить силы.

Психологическая поддержка с помощью рисования с успехом применяется в геронтологической практике. Пациенты старческого возраста в группах психологической поддержки гериатрических центров с удовольствием рисуют, раскрашивают картинки, занимаются аппликацией. Это проводится как в режиме индивидуального творчества, так и в парах с ребенком. Наибольший эмоциональный заряд дает совместное групповое рисование общей картины, где каждый свободно рисует, что хочет. Метод особенно хорош для пациентов с алекситимией, затрудняющихся в вербализации своих эмоций, а также для пожилых людей, испытывающих состояние эмоционального голода.

Программа обучения пожилых пациентов методам самопомощи в психологически трудных ситуациях содержит следующие блоки: обучение способам доступной диагностики своего психологического состояния (тревожности, агрессивности, астении, депрессии), навыкам поведения в конфликтной ситуации, методам уменьшения напряженности, тревоги, доступным релаксационным техникам, методам повышения самооценки, настроения и тонуса, искоренению вредных привычек.

В геронтологической практике пациентов обучают индивидуально или в группе, с помощью наглядной агитации санитарно-просветительского характера, фильмов, листовок, распространяющих сведения о здоровом образе жизни. Речь идет об овладении пожилыми больными доступными психогигиеническими методами самодиагностики и самопсихотерапии при многих жизненных проблемах. Обсуждаются способы борьбы с бессонницей, принципы коррекции расстройств пищевого поведения, проблемы рационального питания, психологического сопровождения при различных болезнях, госпитализациях, операциях. Большое внимание уделяется обсуждению факторов долголетия. Помимо здоровья это общение, труд, приносящий ра-

дость, рациональная физическая нагрузка, секс, нормализация настроения, тренировка интеллекта, творчество.

Заключительные положения

Если фармакологическое лечение получает сам пожилой пациент, то психологическая поддержка должна оказываться не только ему самому, но и его родственникам, ухаживающим за больными. Это не всегда супруг или супруга, чаще это дети, особенно дочери. На базах многих геронтологических центров работают группы поддержки для родственников, а во всем мире существуют группы само- и взаимопомощи старых людей друг другу. Психологическая поддержка и обучение нужны и пожилому человеку, и тому, кто за ним ухаживает. Речь идет о ликвидации безграмотности по вопросам страдания заболевшего пожилого человека, но родственникам также необходимо иметь все телефоны медицинских, социальных, психологических служб города (например, телефон доверия, служба по борьбе с насилием и т. п.).

Технические достижения, повсеместно внедряющиеся в повседневную жизнь пожилых людей, улучшают качество их жизни. В термин «геронтотехнологии» сейчас включаются не только методы медицинской, бытовой или социальной помощи, но и способы психологической коррекции и поддержки пожилых людей. И наше стареющее общество, наконец, начинает с помощью современных геронтотехнологий находить возможности, чтобы образ пожилого человека, сохраняющего здоровье, независимость и достоинство, стал нормой для XXI в.

Список литературы

1. *Краснова О. В., Лидерс А. Г.* Социальная психология в старости. М., 2002.
2. *Рудкевич Л. А.* Возрастная динамика творческой продуктивности: Автореф. дис. ... докт. наук. СПб., 1994.
3. *Молчанова О. Н.* Особенности динамики самооценки в зрелом и позднем возрасте // Психология зрелости и старения. Вып. 1. 1996, №. 2.
4. *Решетова Т. В., Шляхтер Е. Н.* Диагностические и лечебные аспекты работы с биографией больных: Методическое пособие. СПб., 1998.
5. *Линдеманн Э.* Клиника острого горя. В кн.: Психология эмоций / Под ред. В. К. Вилюнаса и Ю. Б. Гиппенрейтер. М., 1984.
6. *Сатина Л. В.* Психотерапевтическая работа с пожилыми в состоянии горя: группы тяжелой утраты (расширенный реферат) // Психология зрелости и старения, 2000, № 4.
7. *Гнездилов А. В.* Психология и психотерапия потерь. СПб., 2002.

8. *Фокин В. А., Фокина И. В.* В помощь пожилому человеку: Методическое пособие для людей пожилого возраста и для тех, кто за ними ухаживает. СПб., 2001.
9. *Алешина Е. Ю.* Цикл развития семьи: исследования и проблемы // Вестник МГУ. Серия 14. 1987. № 2.
10. *Щеглов Л. М.* Яблоко доктора Щеглова. СПб., 1995.
11. *Кемпер И.* Легко ли не стареть? СПб., 1996.
12. *Бурно М. Е.* Терапия творческим самовыражением. М., 1989.
13. *Элькин В. М.* Целительная магия музыки, гармония цвета и музыки в терапии болезней. СПб., 2000.

Психодиагностика и психокоррекция

Под редакцией А. А. Александрова

Серия «Мастера психологии»

Заведующий редакцией	*П. Алесов*
Ведущий редактор	*В. Мамаев*
Выпускающий редактор	*Е. Егерева*
Литературный редактор	*В. Мамаев*
Художественный редактор	*А. Татарко*
Корректоры	*Л. Ванькаева, Н. Першакова*
Верстка	*В. Кучукбаев*

Подписано в печать 29.02.08. Формат 70 × 100/16. Усл. п. л. 30,96. Тираж 2500. Заказ 0000.
ООО «Питер Пресс», 198206, Санкт-Петербург, Петергофское шоссе, д. 73, лит. А29.
Налоговая льгота — общероссийский классификатор продукции ОК 005-93, том 2;
95 3005 — литература учебная.
Отпечатано по технологии CtP в ОАО «Печатный двор» им. А. М. Горького.
197110, Санкт-Петербург, Чкаловский пр., д. 15.